

[**Dra. Karin Kopitowski**]

PROBLEMAS FRECUENTES EN COLOPROCTOLOGÍA

PROFAM



➤ A) INTRODUCCIÓN

La mayoría de los problemas anorrectales frecuentes, como las hemorroides, el prurito o las fisuras anales, son banales respecto a su gravedad, aunque provocan en los pacientes gran preocupación y molestia. Existen también otros problemas anorrectales más serios, como las infecciones, la enfermedad inflamatoria intestinal y el cáncer de colon. Esta neoplasia ocurre, generalmente, luego de los 50 años, es prevalente y es causa importante de morbimortalidad. Sus características clínicas (lenta evolución desde lesiones premalignas) han hecho que el cáncer de colon sea considerado una enfermedad pasible de ser rastreada en individuos asintomáticos.

La efectividad del médico de familia depende en gran medida de su capacidad para manejar los problemas prevalentes en forma adecuada y de estar alerta frente a los problemas graves, en general más raros. En los problemas anorrectales, estas habilidades son puestas permanentemente a prueba. El médico de familia debe conocer las indicaciones de las prácticas preventivas, manejar los problemas habituales, los diagnósticos diferenciales y saber cuándo consultar o derivar al especialista.

➤ B) OBJETIVOS

- 1 Conocer los síntomas referidos a la región anorrectal y establecer los diagnósticos diferenciales en base a los datos del interrogatorio, el examen físico y los métodos complementarios.
- 2 Implementar correctamente las medidas terapéuticas y los criterios de derivación ante hemorragia digestiva baja, hemorroides, fisura anal, prurito anal, absceso perianal, fistulas y rectitis.
- 3 Conocer los fundamentos y las recomendaciones para realizar el rastreo del cáncer de colon y los aspectos básicos del tratamiento de esta enfermedad.

➤ C) CONTENIDOS

- 1 Generalidades y evaluación inicial del paciente con síntomas anorrectales
- 2 Manejo de los problemas anorrectales más frecuentes
- 3 Rectitis y proctorrágia
- 4 Cáncer colorrectal

1

GENERALIDADES Y EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE CON SÍNTOMAS ANORRECTALES

Definiciones

Hemorroides

Las hemorroides son dilataciones del plexo vascular anorrectal. Representan el problema anorrectal más frecuente; afectan al 50% de los mayores de 50 años. Se asocian con el embarazo, la hipertensión portal, la constipación y con dietas pobres en fibras y ricas en grasas. Según la teoría tradicional, las hemorroides son dilataciones varicosas resultantes del esfuerzo continuo al evacuar el intestino. Sin embargo, existe otra teoría que sostiene que es el aumento de la presión del esfínter anal (que se observa en pacientes con hemorroides) la que provocaría el aumento del esfuerzo para evacuar, es decir, que el engrosamiento venoso sería entonces consecuencia del atrapamiento de la mucosa anal por el esfínter anal.

Las hemorroides constituyen el problema anorrectal más frecuente en atención primaria. Se estima que afecta a cerca del 50% de los mayores de 50 años.

Absceso perirrectal

Este proceso comienza con la infección de una glándula anal que se vacía en las criptas de la unión mucocutánea y luego se disemina hacia el tejido adyacente. El absceso suele drenar a través de la piel perianal. La primera manifestación suele ser dolor; éste puede preceder a la aparición de una masa que puede ser visible examinando el ano o puede palparse a través del recto.

Fístula anal

Es una comunicación entre el canal anal y la piel perianal. La apertura exterior puede ser única o múltiple. Se puede observar tejido de granulación y drenaje crónico de material seropurulento. La fístula puede resultar de la apertura espontánea o quirúrgica de un absceso perirrectal, constituyendo dos estadios de la misma enfermedad. En ocasiones, las fístulas anales son causadas por la enfermedad de Crohn, el cáncer, la tuberculosis, la terapia radiante o el linfogranuloma venéreo. El paciente refiere secreción crónica de moco, sangre o pus.

Seno o quiste pilonidal infectado

Es un quiste que se encuentra siempre en la línea media, más bien lejos del ano y cerca de la unión del sacro con el coxis. Es más común en hombres entre los 16 y 30 años y la infección secundaria recurrente es habitual. Se lo conoce también con el nombre de “quiste sacrococcígeo”.

Carcinoma

Las lesiones tempranas se presentan como nódulos o placas. Se puede presentar con prurito, secreción o cambio en el ritmo evacuatorio. Habitualmente no causa dolor hasta una etapa tardía de su evolución clínica.

➤ **Proctalgia fúgax**

Es un dolor fugaz pero intenso y lacinante en la zona rectal. Se cree que está relacionado con el espasmo de los músculos elevador del ano y coccígeo. Habitualmente es breve, pero puede durar hasta 30 minutos. No se conoce bien su etiología, aunque pueden desencadenarlo factores psicógenos y traumáticos. Además, no tiene hallazgos característicos en el examen físico y su diagnóstico es clínico.

➤ **Rectitis**

La inflamación de la mucosa rectal tiene una gran variedad de etiologías, como la infección, el trauma, la radiación y la enfermedad inflamatoria intestinal. La presentación clínica, independientemente de la causa, suele ser secreción mucopurulenta, sangrado y tenesmo. La rectitis infecciosa ocurre habitualmente en pacientes homosexuales con múltiples parejas. Los pacientes con rectitis ulcerosa tienen la mucosa inflamada hasta un borde superior neto a partir del cual la mucosa es normal (ver más adelante).

➤ **Prurito anal**

Más que un diagnóstico es un síndrome que resulta de varios mecanismos. Las lesiones que secretan crónicamente, como las fistulas, las fisuras y las hemorroides, pueden producir prurito. Los condilomas acuminados, la infección por gonococo y los oxiuriasis también son causa de prurito anal. En la oxiuriasis, el prurito es característicamente nocturno debido a la migración diaria de las hembras adultas, que ponen sus huevos en la piel perianal. La infección por cándida es común en diabéticos y homosexuales o tras el uso de antibióticos, y se manifiesta con eritema y picazón. Hay enfermedades de la piel, como psoriasis, eccemas y dermatitis, que pueden involucrar la región causando prurito. El pasaje de heces alcalinas, como ocurre en algunas diarreas, puede irritar la piel y producir prurito. Muchas veces los preparados tópicos que se emplean para aliviar el prurito de etiología no aclarada sensibilizan la piel perianal y provocan eccema, entorpeciendo el diagnóstico. El prurito crónico puede ser una forma de neurodermatitis.

➤ **Fisura anal**

Es una solución de continuidad en la mucosa anal que suele localizarse en la región posterior del canal anal. Puede extenderse hasta la línea pectínea desde el margen anal. Las fisuras primarias se originan generalmente en el trauma que ocasiona el pasaje de materia fecal dura. Las fisuras secundarias son mucho menos frecuentes y se deben a enfermedad intestinal inflamatoria, a infecciones como la sífilis o la tuberculosis o a una anomalía del canal anal, como la estenosis, que puede observarse luego de la hemorroidectomía.

➤ **Incontinencia fecal**

Ocurre tras el daño del normal funcionamiento del esfínter. Enfermedades perianales, cirugía anal y enfermedades neurológicas tienen un efecto devastador en la esfera psicosocial cuando afectan el esfínter. Algunos pacientes pierden la sensación de distensión rectal así como la capacidad de contraer el esfínter externo. En los pacientes con debilidad del esfínter el pronóstico es más favorable.

Los problemas anorrectales más frecuentes son las hemorroides, la fisura anal, el absceso, las fistulas, el quiste pilonidal, la proctalgia fúgax, la rectitis, el carcinoma, la incontinencia y el prurito anal.

► Presentación

El **dolor** es habitualmente una manifestación de patología anal. La piel anal y perianal está inervada por fibras sensibles al dolor, mientras que la mucosa rectal es relativamente insensible. La presencia de una fisura anal, la distensión que provoca un absceso o las hemorroides y la invasión tumoral pueden causar importante dolor. El espasmo del esfínter anal secundario a estas condiciones puede intensificar el dolor.

La **secreción** proviene habitualmente de la mucosa rectal inflamada o del drenaje de un absceso. La **masa ocupante** puede deberse al cáncer de ano, a un absceso o a una trombosis hemorroidal. Los condilomas acuminados, si bien no generan estrictamente una masa, pueden originar “nodularidad” en la piel. El **prurito anal** puede observarse en dermatopatías sistémicas con manifestación anal, oxiuriasis, hemorroides o puede ser de causa psicógena. El sangrado o proctorrágia puede ser la manifestación de condiciones como hemorroides, fisuras, enfermedad intestinal inflamatoria o cáncer.

Las manifestaciones principales de los problemas anorrectales son el dolor, la secreción, la presencia de masa, el prurito o el sangrado.

► Principales diagnósticos diferenciales de los problemas anorrectales

Problema	Diagnóstico diferencial
Dolor anal	Hemorroides, fisura anal, fistula, absceso perirectal, quiste pilonidal infectado, cáncer de ano, infecciones
Molestia rectal	Rectitis, absceso perirectal, bolo fecal, proctalgia fúgax
Prurito anal	Exceso de humedad, oxiurias, escabiosis, eccemas, diabetes, agentes tópicos irritantes, fisura, cáncer, neurodermatitis, infecciones
Incontinencia	Cirugía rectal, enfermedades neurológicas, enfermedad perianal

► Evaluación inicial del paciente con síntomas anorrectales

► Interrogatorio

Si bien el examen físico es la principal fuente de información en estos pacientes, el interrogatorio puede dar importantes pistas etiológicas y epidemiológicas.

El **dolor** anal solamente sugiere síntomas predominantemente anales, mientras que el dolor anal más molestia rectal, tenesmo, secreción rectal o constipación, sugiere síntomas anorrectales. Los síntomas rectocolónicos se caracterizan por molestia rectal, tenesmo, secreción más diarrea, dolor abdominal y distensión. Los **pacientes con quejas referidas al ano** deben ser interrogados acerca de la presencia de masas, nódulos, historia de hemorroides, psoriasis, evacuación dificultosa, sangrado o secreción, prurito generalizado o trauma reciente. Debe recabarse el antecedente del uso de medicación tópica que puede ser sensibilizante. También debe interrogarse sobre hábitos sexuales y la presencia de lesiones en la pareja.

Los pacientes con síntomas anorrectales y rectocolónicos, además, deben ser interrogados acerca de síntomas de enfermedad inflamatoria intestinal. Debe obtenerse una historia sexual, número de parejas y hábitos, ya que las relaciones sexuales anales pueden ser causa de infecciones polimicrobianas. La presencia de parestesias en la región sacra y de dificultades en la micción pueden verse en la infección por herpes.

Al interrogar a un paciente con molestias anorrectales es necesario discernir si las mismas están limitadas al ano o involucran al recto y al resto del colon. La utilidad del interrogatorio para arribar al diagnóstico es limitada dada la superposición de síntomas entre las diferentes entidades.

➤ Examen físico

El examen minucioso del ano y la región perianal no puede obviarse si se pretende arribar a un diagnóstico etiológico. Hay que revisar la piel perianal para visualizar eritema, eccema, placas de psoriasis, vesículas, ulceraciones, fistulas, fisuras, condilomas, nódulos o hemorroides. La presencia de úlceras perianales o rectales en asociación con rectitis en un varón homosexual es indicativo de sífilis o de herpes simple. En un paciente ansioso con múltiples excoriaciones en el cuerpo, debemos sospechar que la neurodermatitis es la causa del prurito anal.

Si la mucosa anorrectal está inflamada, se debe descartar gonorrea y se debe interrogar sobre coito anal. Al estirar la piel perianal, se puede visualizar una fisura que aparece en el margen anal, habitualmente en la línea media posterior. En las fisuras crónicas suele haber induración, así como papilas hipertróficas en la línea pectínea. Una placa indolora o un nódulo en la región anal puede ser un carcinoma. Cuando la lesión está ulcerada, el diagnóstico es más obvio y la enfermedad está avanzada.

El tacto rectal es casi siempre una maniobra imprescindible que no debe diferirse en pacientes que no están severamente doloridos. En presencia de una fisura dolorosa, el tacto suele ser impracticable. Hay que buscar masas (fluctuantes y firmes), secreción, sangrado, ulceraciones y otras alteraciones de la mucosa. No deben atribuirse los síntomas a patología banal hasta no haber hecho un cuidadoso examen físico. Los ganglios inflamados suelen estar presentes en las infecciones por herpes, en la clamidias (linfogranuloma venéreo) y en la sífilis.

El examen físico es de capital importancia para evaluar a los pacientes con síntomas anorrectales. Sólo debe diferirse si el dolor es intenso. Los hallazgos a los que hay que estar atentos incluyen fisuras, fistulas, eccemas, vesículas, excoriaciones, hemorroides, condilomas, masas, nódulos, úlceras y ganglios. En muchas ocasiones, el examen físico permite llegar al diagnóstico.

Pese a que en general el examen de la región anal no es doloroso, se trata de una situación incómoda para los pacientes. Es recomendable que el médico explique cómo va a ser el examen antes de realizarlo. Existen varias posiciones. Probablemente la posición fetal sea la menos molesta.

➤ Exámenes complementarios

Los métodos complementarios deben emplearse siempre que el diagnóstico no sea obvio.

Anoscopía

Se realiza con el fin de visualizar el canal anal y tomar muestras de las secreciones. Con este método se puede observar si hay inflamación de la mucosa, fisuras, fistulas, masas, placas, úlceras o secreción. Debe realizarse si quedan dudas diagnósticas luego del interrogatorio y del examen físico, a menos que el dolor sea intenso.

Rectosigmoideoscopía (RSC)

Se debe realizar RSC en todo paciente con sangrado no explicado y en los mayores de 50 años, aunque la causa de sangrado parezca obvia. Esto se debe a que, a partir de los 50 años, comienza a aumentar la prevalencia de cáncer de colon. Es decir, en un paciente mayor de 50 años no puede atribuirse el sangrado a las hemorroides hasta que la neoplasia no haya sido descartada.

La RSC se debe realizar, además, en pacientes con cambios en el hábito evacuatorio, con inflamación rectal, fistula o fisuras que no curan. También se pueden evaluar hemorroides y fisuras. El compromiso de la mucosa rectal sugiere enfermedad inflamatoria intestinal y formas infecciosas de colitis. El examen se realiza en el consultorio, previo enema evacuante. No es doloroso pero se produce una sensación desagradable al distenderse la región sigmoidea con el aire insuflado.

La anoscopía y la RSC pueden ser realizadas por el especialista o por un médico de familia adecuadamente entrenado. En muchos centros de Medicina Familiar de los EE.UU., los médicos de familia realizan la RSC debido, principalmente, a que tienen programas de rastreo de cáncer colorrectal (ver luego). En la Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano, los médicos de familia no realizamos estos estudios; los mismos son efectuados por los especialistas.

Colonoscopía (fibrocolonoscopía)

Este estudio debe ser realizado exclusivamente por el especialista (gastroenterólogo o cirujano colorrectal). Requiere una limpieza cuidadosa del colon antes del estudio. También requiere sedación, pese a la cual el paciente experimenta una ligera molestia. Asimismo, se puede hacer bajo inducción anestésica. El estudio dura entre 30 y 60 minutos.

Colon por enema

Es un estudio radiológico muy útil para detectar lesiones colónicas. Se prefiere la técnica de doble contraste. Antes del estudio se debe limpiar el colon mediante dieta y enema evacuante. El estudio no es doloroso pero es molesto.

Otros estudios

La **biopsia** está indicada en pacientes con fisuras atípicas (sobre todo las que no curan), nódulos indoloros y ulceraciones mucosas con el objetivo de descartar enfermedad maligna, enfermedad inflamatoria intestinal e infecciones crónicas (tuberculosis, sífilis). El **test de Graham** se puede utilizar para diagnosticar oxiurias en pacientes (sobre todo niños) con prurito nocturno.

A los pacientes que practican sexo anal con múltiples parejas, se les deben realizar **tomas para Gram y cultivo en medio de Thayer Martin**. Si la lesión es ulcerada, debe realizarse un **examen en campo oscuro** para descartar sifilis. Cuando las lesiones rectales se evidencian por anoscopía, debe hacerse una **RSC** a fin de determinar la extensión de la lesión y acotar los diagnósticos diferenciales. A los pacientes con proctocolitis que se extiende más allá de los 15 cm o que presentan síntomas como diarrea, cólicos abdominales y náuseas se les debe buscar campylobacter, clamidia, shigella y realizar parasitológico en búsqueda de trofozoitos de entamoeba histolítica. Cuando las lesiones no se extienden más allá de los 15 cm es más probable que se trate de herpes o gonococo. Los cultivos para virus no son necesarios ya que el diagnóstico de herpes es altamente sugestivo por la clínica (dolor anal severo, múltiples úlceras, adenopatías inguinales, dificultad en la micción, parestesias en distribución S4 y S5).

Ejercitación



¿En cuál de las siguientes entidades **no** se presenta habitualmente dolor? (una, varias, todas o ninguna de las opciones es válida). 1

- a) Absceso perianal.
- b) Hemorroides.
- c) Fisura anal.
- d) Rectitis.

¿Cuál es la etiología más frecuente de una fistula anal? (solo una opción válida). 2

- a) Tuberculosis.
- b) Enfermedad de Crohn.
- c) Radiación.
- d) Drenaje de un absceso.

En un paciente con síntomas referidos a la región anorrectal, ¿cuál es la utilidad del interrogatorio? (una, varias, todas o ninguna de las opciones es válida). 3

- a) Hacer diagnóstico etiológico, dado que es muy específico.
- b) Acotar los diagnósticos diferenciales de acuerdo a si los síntomas son anorrectales, rectocolónicos o anales.
- c) Establecer con alto grado de certeza si se está en presencia de un cuadro grave.
- d) Descartar absolutamente la posibilidad de cáncer.

Elegir la opción correcta en relación con el examen físico en pacientes con síntomas anorrectales (solo una opción válida). 4

- a) Debe diferirse siempre que haya sangrado.
- b) Sólo puede diferirse si el dolor lo imposibilita.
- c) Nunca permite hacer diagnóstico etiológico por sí solo.
- d) Debe limitarse a la región anorrectal.

¿En cuál de las siguientes opciones es obligatorio a realizar RSC? (una, varias, todas o ninguna de las opciones es válida). 5

- a) Paciente de 54 años con sangrado rectal y fisura anal.
- b) Paciente de 25 años con sangrado rectal y fisura anal.
- c) Paciente de 30 años con proctalgia fúgax.
- d) Paciente de 63 años con sangrado rectal y hemorroides.

¿En cuál de las siguientes situaciones se debe 6 realizar una biopsia? (una, varias, todas o ninguna de las opciones es válida).

- a) Fisuras crónicas.
- b) Fístulas típicas.
- c) Lesiones compatibles con herpes genital.
- d) Absceso perianal.

Determinar si los siguientes enunciados son 7 verdaderos o falsos.

La fístula anal y el absceso constituyen dos estadios de la misma enfermedad.

8

La etiología de las rectitis es siempre infecciosa.

9

El prurito anal puede deberse a la presentación regional de una dermopatía sistémica.

10

Una etiología muy probable en pacientes que practican relaciones anales, con rectitis más allá de los 15 cm del margen anal, es el gonococo.

2

MANEJO DE LOS PROBLEMAS ANORRECTALES MÁS FRECUENTES

► Hemorroides

Las hemorroides causan gran sufrimiento para quienes las padecen a pesar de no presentar importantes consecuencias, a menos que se trombosen, prolapsen o sangren. El tratamiento está dirigido a paliar los síntomas. El alivio del dolor y el logro de una evacuación intestinal regular son la base del tratamiento. El médico de familia debe asegurarse de que los síntomas anorrectales son causados por hemorroides y aliviar cualquier ansiedad del paciente en relación con diagnósticos graves. Debe proveer el tratamiento conservador apropiado y derivar oportunamente al especialista.

► Manifestaciones clínicas

Los síntomas cardinales son el sangrado y el prolusión. El prolusión es a menudo el primer y único síntoma, pero la consulta suele retrasarse hasta que se produce el sangrado. La sangre generalmente es roja y rutilante y no está mezclada con la materia fecal.

El sangrado suele ser más frecuente en pacientes jóvenes debido a que el esfínter anal tiene más tono; en cambio, en los ancianos, el prolusión es el síntoma principal. La presencia de importante dolor sugiere trombosis o la coexistencia de una fisura. El prurito anal puede estar presente, aunque si analizamos a los pacientes que

se presentan con prurito, las hemorroides solo representan un pequeño porcentaje de los casos.

► Clasificación

La clasificación más útil es la que se basa en los síntomas, ya que éstos orientan el tratamiento.

- **Primer grado** : cuando solamente sangran.
- **Segundo grado** : si prolapsan ante el esfuerzo pero pueden reducirse.
- **Tercer grado**: cuando el prolapso es permanente.

Existe una clasificación anatómica que las divide en hemorroides internas cuando derivan del plexo hemoroidal superior por encima de la línea pectínea y hemorroides externas cuando se ubican por debajo de la línea pectínea y se encuentran cubiertas por epitelio escamoso.

► Examen físico

Las hemorroides externas pueden visualizarse fácilmente, si el paciente retrae los glúteos y realiza la maniobra de Valsalva. Se ven como una masa por fuera del margen anal. Son blandas a menos que estén trombosadas, en cuyo caso son tensas y muy dolorosas. Para realizar el diagnóstico de hemorroides internas es necesario realizar una anoscopía. El tacto rectal no suele detectarlas debido a que se colapsan con esta maniobra.

El examen físico permite confirmar y clasificar a las hemorroides. Las hemorroides, por lo general, no duelen; la presencia de dolor sugiere trombosis.

► Tratamiento sintomático

En la mayor parte de los casos no es necesaria la remoción de las hemorroides para tratarlas efectivamente. El médico de familia puede indicar medidas locales que suelen producir alivio sintomático (baños de asiento, corticoides locales y anestésicos tópicos), así como también recomendar cambios en la dieta. Por otro lado, las hemorroides que se encuentren “por casualidad” en un examen físico no deben tratarse si no le provocan molestias al paciente.

Se puede recomendar a los pacientes, para aliviar el dolor, baños de asiento calientes o tibios (con el agregado de sal para lograr una solución isotónica). Son útiles usados 3 a 4 veces por día, durante 20 ó 30 minutos cada vez. Si se produce un ataque de dolor, la aplicación de hielo en las primeras horas proporciona alivio sustancial. Una vez pasado el dolor, se recomienda continuar con baños calientes tres veces al día.

Uno de los aspectos más importantes del tratamiento es aumentar el volumen y ablandar la materia fecal. Esto se logra aumentando el contenido en fibras de la dieta o con laxantes de volumen. Deben evitarse los laxantes irritantes. Una maniobra muy efectiva para aumentar el contenido de fibras de la dieta es recomendarle al paciente el consumo de salvado (*ALL BRAN*, se compra en el almacén). Puede comenzar con dos cucharadas soperas de salvado con leche o yogur, y luego aumentarlas según respuesta y tolerancia. El único efecto adverso es la distensión abdominal, que cede con el uso continuado.

Los laxantes de volumen actúan absorbiendo agua y aumentando la masa fecal. El único efecto adverso reportado es el meteorismo y la distensión abdominal, que suelen ser transitorios. Entre los laxantes de volumen, se

encuentran el psyllium (*METAMUCIL*, polvo por 400 g, \$ 35; *AGAROL FIBRAS*, polvo por 369 g, \$ 18; *KONSYL*, envase por 30 sobres, \$ 32). La dosis diaria es de 2 cucharaditas de té o un sobrecito, y el efecto tarda en aparecer 24 horas como mínimo. El uso crónico es muy seguro en cuanto a toxicidad y efectos adversos. Los laxantes irritantes que deben evitarse son los que contienen magnesio (leche de magnesia), cáscara sagrada, fenolftaleína (*VERACOLATE*) o bisacodilo (*DULCOLAX*). Estos laxantes pueden provocar trastornos electrolíticos.

[En caso de dolor, el uso de hielo o baños de asiento constituyen una medida eficaz. Además, se recomienda aumentar el volumen y ablandar la materia fecal con el uso de salvado o de laxantes de volumen como el psyllium.]

La inflamación, el dolor, la irritación y el prurito responden bien a los corticoides tópicos. Se pueden prescribir supositorios y/o cremas con hidrocortisona al 1%-2.5% (*MICROSONA CREMA* al 1%, envase por 60 g, \$ 21 y al 2%, envase por 15 g, \$ 12). Hay varios preparados en el comercio que combinan hidrocortisona con anestésicos tópicos. Se recomienda utilizar pramoxina como anestésico local (*ANUSOL DUO*, \$ 12) y evitar la benzocaína y lidocaína porque son muy sensibilizantes (*IKATRAL*, *XYLOPROCTO*). También se recomienda evitar los corticoides fluorados, más potentes pero con más efectos adversos, como la fluocortolona (*ULTRAPROCT*). Estos preparados comienzan a actuar a los 5 minutos de aplicados y el efecto dura horas. El uso de venotónicos no tiene utilidad demostrada.

[Si bien los preparados tópicos no son totalmente inocuos (pueden sensibilizar la piel) y su beneficio permanece sin evidencia suficiente, los reportes anecdoticos de mejoría y la necesidad de "hacer algo" en estos pacientes han perpetuado su uso.]

Es muy probable que algunos tratamientos empíricos no sean los que mejoren los síntomas, sino que el éxito se deba en parte a la evolución natural de la enfermedad. No existen hasta el momento ensayos clínicos que evalúen la medicación que habitualmente empleamos versus placebo. No obstante, parece razonable que las propiedades antiinflamatorias de los esteroides locales y la anestesia local puedan aliviar ciertos síntomas.

[Cuando las hemorroides sangran recurrentemente, prolapsan, producen dolor intratable, se trombosan o simplemente no responden a las medidas anteriores, deben ser evaluadas por el cirujano. El método que se emplee depende de la experiencia del cirujano y de los recursos disponibles en la comunidad.]

➤ Tratamiento específico

a) Ligadura con banda de goma

Las hemorroides internas que sangran persistentemente o prolapsan pueden ser removidas en el consultorio del cirujano mediante este tratamiento. Se coloca una banda de goma en la base de la hemorroides; al cabo de una semana la lesión se necrosa y se elimina el exceso de mucosa en la región superior del conducto anal. Se necesita habilidad para colocar la banda por encima de la línea pectínea para evitar el desconfort. Se ha diseñado un instrumento especial para hacer esta maniobra. Las complicaciones del procedimiento incluyen hemorragia, que puede producirse en las primeras dos semanas al caerse el tejido necrótico. Cuando existe una gran hipertonia del esfínter anal, la ligadura con banda puede causar importante dolor. En este caso puede hacerse cirugía ambulatoria con anestesia general.

b) Fotocoagulación con infrarrojo

Actúa produciendo una quemadura controlada en la unión anorrectal, lo que lleva a la fijación de la mucosa. Hay muy buenos resultados en el tratamiento de hemorroides de primero y segundo grado.

c) Hemorroidectomía

A diferencia de los procedimientos mencionados, requiere internación y el período de recuperación puede extenderse por algunas semanas. La complicación más temida es el compromiso de la competencia del esfínter anal. Sin embargo, la hemorroidectomía es una buena alternativa para los pacientes con enfermedad refractaria o discapacitante.

d) Otros

Criocirugía : consiste en congelar la hemorroide causando necrosis de los tejidos. Es relativamente indolora y no requiere anestesia, pero produce secreción por una semana y puede estenosar el canal anal.

Inyección de agentes esclerosantes : este procedimiento ha caído en desuso ya que puede estenosar el canal anal.

En el caso de trombosis hemorroidal, se debe instruir al paciente para que se recueste y se aplique hielo; además, se deben prescribir analgésicos sistémicos (pueden requerirse opiáceos) y laxantes de volumen. El tratamiento conservador puede ser exitoso en 3 a 5 días; de todos modos hay que derivar al cirujano para la eventual remoción del trombo. Las hemorroides que se trombosan y producen agudísimo e inmanejable dolor deben tratarse con escisión y remoción del trombo con anestesia local.

Existen medidas de educación para los pacientes con hemorroides que pueden prevenir la recurrencia de los síntomas:

- Aumentar el contenido en fibras de la dieta: se recomienda utilizar salvado, vegetales de hoja, frutas con su cáscara, zanahorias. Eventualmente se puede emplear algún preparado con psyllium. Algunos pacientes notan que empeoran al comer ajíes, cebollas y alcohol; en estos casos, se recomienda evitarlos.
- Tomarse el tiempo necesario para evacuar el intestino.
- Evitar el uso de laxantes irritantes.
- Comenzar con baños de asiento al primer indicio de recurrencia.
- Higienizar la zona anal y perianal sin frotar vigorosamente.

→ Fisura anal

La fisura anal es una solución de continuidad en la mitad inferior del canal anal que se extiende desde el margen anal hasta la línea pectínea. Afecta a hombres y mujeres por igual y es más frecuente entre los 30 y los 50 años. La causa no está clara, pero suele aparecer luego de una diarrea o de un episodio de constipación. Algunas fisuras cicatrizan espontáneamente pero otras pueden tornarse crónicas. El esfínter interno suele estar muy contraído en presencia de fisuras y podría ser, en realidad, el primer evento, ya que la corrección de este defecto habitualmente cura la fisura.

Las fisuras se manifiestan con dolor durante y luego de la evacuación intestinal. Como la base de la fisura tiene inervación somática, el dolor puede ser intenso luego de evacuar el intestino e, incluso, puede durar horas.

Puede aparecer también un sangrado menor que se objetiva como goteo de sangre roja y rutilante luego de defecar o se evidencia al limpiarse en el papel higiénico. La constipación suele ocurrir como consecuencia del intenso dolor que produce la evacuación, además de estar presente muchas veces previamente a la aparición de la fisura. En muchas ocasiones, los pacientes se quejan de irritación anal.

La parte inferior de la fisura suele ser visible a simple vista con el paciente en decúbito lateral, si retraemos la piel perianal. Esto puede verse dificultado en caso de espasmo del esfínter externo muy intenso. Si ha pasado un tiempo desde el comienzo de la fisura, la piel de la base de la fisura se torna edematoso y se hipertrofia, constituyendo una lesión centinela. Un examen rectal para evidenciar el grado de espasmo sería útil para orientar el tratamiento, pero a menudo es impracticable por el intenso dolor.

➤ Tratamiento sintomático

Pueden usarse preparados tópicos con anestésicos y corticoides con precaución, debido a que en algunos pacientes pueden sensibilizar la piel agravando el problema. El empleo de supositorios no es recomendable, ya que pueden producir mayor lesión. Un estudio randomizado que comparó el uso de baños de asiento más ingesta de salvado con el de un preparado tópico de lidocaína más hidrocortisona, concluyó que el alivio sintomático fue más rápido en el primer grupo que en el segundo. En ciertas ocasiones puede ser necesario el empleo de analgésicos sistémicos. Esto ocurre en pacientes con mucho dolor que no cede con las medidas locales. En estos casos, se pueden requerir opiáceos, reforzando las medidas para evitar la constipación.

El tratamiento inicial es sintomático. Debe combatirse la constipación con agentes que ablanden y den volumen a la materia fecal. Esto ayuda a disminuir el trauma sobre la fisura, a reducir el espasmo y el dolor. Los baños de asiento tibios realizados frecuentemente proporcionan alivio. Afortunadamente, la mayoría de las fisuras curan espontáneamente en 15 días, aunque la recidiva está dentro de lo esperable. Cuando los síntomas no se resuelven luego de un mes o cuando los pacientes debutan con severo dolor y espasmo, se debe consultar con el especialista.

En general, es más probable que una fisura crónica o recurrente necesite cirugía que una aguda, por lo que el diagnóstico diferencial es importante. Las fisuras crónicas duran más de seis semanas y se reconocen por sus bordes indurados y tejido redundante (lesión centinela). La falta de cicatrización se debe a la asociación de hipertensión anal más isquemia. Las fisuras habitualmente se asientan en los lugares donde existe menor irrigación. El incremento prolongado de las presiones esfinterianas (por la hipertensión anal) reduce el flujo sanguíneo, impidiendo así la cicatrización. Si el paciente practica sexo anal, debe considerarse seriamente la posibilidad de enfermedad venérea.

➤ Tratamiento específico no invasivo

Esfinterotomía medicamentosa

Nitroglicerina (NTG) : existen varios ensayos clínicos que muestran curación de fisuras agudas y crónicas con el uso de preparaciones tópicas de NTG. A pesar de la aparición de diferentes trabajos, aún hay controversia sobre su eficacia. Los efectos adversos leves son frecuentes, y pueden llegar a afectar al 60% de los que la usan. El efecto adverso más común es la cefalea. Estas preparaciones aún no se encuentran en el mercado y solo se expenden como preparaciones magistrales.

Si bien actualmente hay controversia en cuanto a su eficacia, la NTG aparece como una alternativa válida antes de la cirugía en pacientes con fisuras crónicas.

Otros: existen trabajos con **toxina botulínica** con resultados alentadores en cuanto a la eficacia y seguridad, cuando es inyectada en el esfínter interno del ano. El efecto adverso más grave es la incontinencia (7%). La utilización se encuentra limitada por su costo excesivo y porque todavía es un método poco disponible. Podría ser una buena alternativa en pacientes con alto riesgo quirúrgico, en los que han fracasado previamente los preparados tópicos de NTG. También existen trabajos que utilizan preparaciones tópicas de **nifedipina**, que muestran índices importantes de curación de fisuras, sin efectos adversos considerables. De todas formas, la nifedipina solamente es usada en investigación clínica.

➤ Tratamiento quirúrgico

Esfinterotomía lateral subcutánea : es un procedimiento quirúrgico usado con éxito. Este método restablece la presión del esfínter anal y alivia el dolor rápidamente. En estudios controlados, la esfinterotomía fue superior a la dilatación anal en relación con la tasa de recurrencias y complicaciones menores como incontinencia para gases; es un procedimiento muy seguro. Los índices de curación reportados en la literatura son del 95%, con un 35% de incontinencia como principal efecto adverso.

Las fisuras anales se manifiestan con dolor, sangrado menor, constipación e irritación. La inspección de la zona suele bastar para el diagnóstico. El tratamiento es, en principio, conservador; con laxantes de volumen, baños de asiento y analgésicos tópicos y, en ocasiones, sistémicos. Deben derivarse al especialista los pacientes cuyos síntomas no resuelven en un mes o los que presentan intenso dolor desde el comienzo.

Con el tratamiento conservador, la mayoría de los pacientes se curan. En aquellos pacientes con fisuras crónicas o fisuras que no resuelven y/o continúan sintomáticos, los preparados tópicos de nitroglicerina parecen ser una buena alternativa antes de efectuar una cirugía. El uso de toxina botulínica podría ser una alternativa a considerar en los pacientes con alto riesgo quirúrgico que no responden a la NTG tópica.

➤ Absceso perianal y fistulas

El absceso y la fistula constituyen, respectivamente, la complicación aguda y crónica de una glándula anal infectada.

Alrededor de 10 glándulas drenan en el canal anal a nivel de la línea pectínea. Cuando una glándula anal se infecta, se forma un absceso perianal. La infección puede extenderse en dirección vertical, horizontal o en circunferencia, causando una variedad de situaciones clínicas.

Si el absceso **se limita al sitio primario**, nos encontramos ante un absceso interesfintérico. Puede ser asintomático o causar dolor pulsátil grave que se inicia con la defecación y persiste horas después. La **propagación vertical y distal** de la infección hasta el borde anal constituye el absceso perianal, que se manifiesta clínicamente como una hinchazón hipersensible y roja que puede confundirse con una hemorroides trombosada. La **extensión vertical y proximal** de la infección produce un absceso intermuscular en la pared rectal difícil de diagnosticar por no encontrarse manifestaciones externas. El paciente refiere un malestar pélvano vago y el examen rectal revela una induración. Si la infección **se propaga en forma horizontal** se puede formar un trayecto hacia la fosa isquierdorrectal (absceso isquierdorrectal) que puede presentarse, primero, con dolor y fiebre, antes de que se advierta la hinchazón. Luego, ocurre induración bajo la piel y, por último, aparece el absceso rojo y fluctuante. La **extensión en circunferencia** puede ocurrir de un lado a otro del espacio interesfintérico,

del espacio supraneuronal o de la fosa isquiorrectal. Queda claro que puede producirse un proceso infeccioso muy complicado. Se pueden observar infecciones fulminantes en pacientes diabéticos o inmunocomprometidos.

El tratamiento del absceso perianal es quirúrgico, mediante incisión y drenaje. Habitualmente, requiere anestesia y no es un procedimiento para realizar en el consultorio. Los antibióticos suelen ser inefectivos. Deben suministrarse en caso de celulitis, signos sistémicos de infección, inmunosupresión o enfermedad valvular cardíaca.

La recurrencia se produce en un 25% de los casos, en general debido a la existencia de una comunicación entre el canal anal y la glándula infectada (fístula). Las **fístulas** son una comunicación entre el canal anal y la piel perianal. Generalmente comienzan en un absceso que se drena espontáneamente o quirúrgicamente, aunque en ocasiones se desarrollan insidiosamente. Algunas, muy pocas, son causadas por enfermedad de Crohn, trauma, tuberculosis o carcinoma. El síntoma principal es la secreción persistente o recurrente, así como abscesos recurrentes en la región perianal. El tratamiento es siempre quirúrgico, para lo cual debe conocerse la anatomía de la fístula. En los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal se aconseja no operar la fístula, ya que la mayor parte de las veces fracasa debido a que la enfermedad sigue activa en el intestino proximal.

Los abscesos perianales son la complicación aguda de la infección de una glándula anal. La propagación vertical y distal hacia el margen anal es la más frecuente. Los síntomas habituales son el dolor anal y el desconfort rectal sumados a la presencia de masa evidente o descubierta por el tacto rectal. El tratamiento es el drenaje quirúrgico. Las fístulas son la secuela crónica de la infección de una glándula anal. La queja principal de los pacientes es el drenaje de secreción persistente o recurrentemente. El tratamiento es siempre quirúrgico.

► Prurito anal

El prurito anal puede resultar una condición frustrante para el paciente y para el médico, ya que muchos pacientes sufren síntomas crónicos e intratables. El 25% de los casos está relacionado con una patología anorrectal como las fisuras, las fístulas, las hemorroides o los papilomas. Otro 25% se relaciona con dermatopatías como la psoriasis, el liquen plano o la candidiasis. En este grupo de etiologías incluimos los oxiurias. En el 50% de los casos, el prurito anal es de causa idiopática. La contaminación fecal del periné, agentes irritantes en la materia fecal, alergia a sustancias aplicadas tópicamente y ciertos componentes de la dieta han sido implicados en la etiología del prurito anal, pero los datos no son concluyentes. También se ha vinculado a algún trastorno psicosomático.

► Características clínicas del prurito idiopático

Los hombres se ven más afectados que las mujeres. El prurito suele empeorar por la noche y con las altas temperaturas. Es habitual que el paciente se rasque y aparezcan escoriaciones e inclusive sangrado. Se establece un círculo vicioso entre el prurito, las lesiones por rascado y más prurito. El examen del periné en estos casos puede tener apariencia muy variable. Algunos tienen un periné de aspecto normal y otros presentan importantes lesiones por rascado. En casos severos, el periné es sangrante.

➤ Tratamiento

Una vez excluidas las causas anorrectales y dermatológicas, se recomienda como primera medida realizar el **tratamiento empírico de la oxiuriasis**, ya que el test de Graham es poco efectivo y engorroso en los adultos. La droga de elección es el pamoato de pirantel a una dosis de 11 mg/Kg de peso, en dosis única sin exceder 1 g (AUT, envase por 3 comprimidos de 250 mg, \$ 9; por 10 ml de suspensión con 491 mg, \$ 7). Los adultos deben tomar 3 comprimidos juntos. Los niños menores de 8 años, 1/2 frasco (5 ml) de suspensión y los niños de 8 a 15 años, 1 frasco entero. También puede usarse el pamoato de pirvino (TRU, envase por 4 comprimidos de 100 mg, \$ 6 y jarabe por 20 ml, cada 100 ml 1.250 g, \$ 7). La dosis de adultos y niños mayores de 8 años es de 4 comprimidos o un frasco de jarabe entero (20 ml); en menores, la dosis es de medio frasco. Una droga alternativa es el mebendazol (NEMASOLE, envase por 6 comprimidos de 100 mg, \$ 10 y por 30 ml de suspensión, 20 mg por ml, \$ 10), en dosis única de 100 mg en adultos. Los niños deben recibir 5 ml (una cucharadita). Esta droga debe ser evitada en embarazadas (este tema será desarrollado en el capítulo de PROFAM sobre parasitosis frecuentes).

Estas drogas son casi 100% efectivas y el alivio de los síntomas se logra en 2 días. Debe recomendarse la higiene de manos luego de evacuar el intestino y antes de comer. El día en que se realiza el tratamiento es aconsejable lavar la ropa de cama y la ropa personal con detergente y agua caliente. Es necesario el tratamiento de todos los convivientes debido a la ruta fecal-oral de infestación. En general, esta causa de prurito anal es poco probable en los adultos, pero el tratamiento es prácticamente inocuo y es curativo del prurito.

Ya hemos comentado lo rebelde que resulta el síntoma y la frustración que acarrea para el paciente y el médico. Es probable que estos pacientes realicen numerosas visitas con poco resultado y que visiten a numerosos médicos. Se recomienda realizar una aproximación honesta, decirle al paciente que es muy probable que no encontremos causa precisa de su molestia y que con ciertos hábitos de higiene el problema puede mejorar. En algunos casos crónicos, la opinión de un dermatólogo puede ser de valor para asegurarnos de que no hemos soslayado la presencia de psoriasis o de alguna otra dermopatía. Existen algunas medidas que podemos proponerles a los pacientes. La adherencia a estas medidas suele traer alivio. No obstante, hay pacientes que seguirán sufriendo y se fijarán obsesivamente a su síntoma.

Estos tratamientos actúan interrumpiendo el círculo vicioso y permiten la cicatrización de la piel dañada. A continuación, se ofrece una guía para los pacientes con prurito anal idiopático:

- Mantener la región anal limpia, lavándola (de ser posible) luego de defecar.
- Evitar jabones medicinales que pueden sensibilizar.
- Secar la región suavemente y no frotar vigorosamente. Es aconsejable el uso de los pañuelos humedecidos para bebés. Evitar los talcos perfumados porque pueden sensibilizar.
- Utilizar sólo las preparaciones prescriptas, ya que algunas pueden ser alergénicas.
- Evitar la ropa interior de fibras sintéticas, ya que mantienen la zona húmeda.
- Evitar las comidas muy condimentadas o picantes.
- Usar guantes de algodón para dormir con el fin de reducir el daño por el rascado inconsciente.
- Se pueden indicar lociones tópicas con calamina. Los corticoides locales deben usarse por períodos breves para evitar la atrofia cutánea.

Ejercitación

¿Cuál de los siguientes procedimientos quirúrgicos que se emplean para tratar hemorroides requiere internación? (sólo una opción válida). 11

- a) Criocirugía.
- b) Hemorroidectomía.
- c) Inyección de sustancias esclerosantes.
- d) Ligadura con banda.

Elegir la/s opción/es correcta/s (una, varias, todas o ninguna de las opciones es válida). 12

- a) El beneficio de la medicación tópica en el tratamiento de las hemorroides está claramente demostrado.
- b) Es muy probable que un paciente que consulta por hemorroides deba ser operado en algún momento.
- c) La indicación de aumentar los residuos en la dieta es prioritaria.
- d) Ante la menor evidencia de sangrado por hemorroides se debe consultar al especialista.

¿Qué le sugiere la presencia de importante y agudísimo dolor en un paciente con hemorroides? (sólo una opción válida). 13

- a) Hemorroides de primer grado.
- b) Hemorroides internas.
- c) Trombosis hemoroidal.
- d) Fístula anal.

Elegir la/s opción/es correcta/s (una, varias, todas o ninguna de las opciones es válida). 14

- a) El dolor al evacuar no es un síntoma habitual de la fisura anal.
- b) Las fisuras no curan nunca espontáneamente.
- c) El tenesmo rectal es un síntoma habitual de presentación en una fisura anal.
- d) Para el diagnóstico de una fisura anal suele bastar el interrogatorio y el examen físico.

Elegir la/s opción/es correcta/s en relación con el tratamiento de las fisuras anales agudas (una, varias, todas o ninguna de las opciones es válida). 15

- a) Ningún tratamiento es comparable al alivio que proporcionan los preparados de uso tópico.
- b) El tratamiento quirúrgico debe ofrecerse precozmente a todos los pacientes con fisura anal.
- c) Los baños de asiento y el aumento de fibras en la dieta pueden producir alivio.
- d) Los preparados de uso tópico carecen de efectos adversos.

Elegir la/s opción/es correcta/s (una, varias, todas o ninguna de las opciones es válida). 16

- a) El absceso perianal produce en general dolor y molestia.
- b) Los pacientes con absceso perianal la mayoría de las veces no responden a los antibióticos.
- c) La causa más frecuente de las fístulas es la enfermedad de Crohn.
- d) El absceso perianal se propaga siempre en la misma dirección.

¿Cuál es la causa más frecuente del prurito anal? (sólo una opción válida). 17

- a) Oxiurias.
- b) Hemorroides.
- c) Idiopático.
- d) Psoriasis.

Determinar si el siguiente enunciado es verdadero o falso. 18

El tratamiento del prurito anal es altamente efectivo, independientemente de la etiología.

Evolucionar el siguiente caso clínico por SOEP. 19

Un paciente de 35 años consulta por prurito anal de algunas semanas de evolución. Refiere que el prurito se intensifica por las noches, lo cual a veces le perturba el sueño. Tiene antecedentes de hemorroides diagnosticadas hace unos años y que no le trajeron mayores problemas. No tiene antecedentes de enfermedades dermatológicas. Al comenzar con el prurito, se aplicó Xyloprocto, lo que, cree, le agravó el problema. El examen de la región anal revela excoriaciones múltiples. No se advierten hemorroides ni otra patología anal o perianal. Al examen físico general no presenta lesiones cutáneas en el resto del cuerpo.

3

RECTITIS Y PROCTORRAGIA

Rectitis

El paciente homosexual

Los problemas anorrectales en pacientes homosexuales masculinos que practican sexo anal son complejos en lo que se refiere a etiología y forma de presentación. En un gran estudio realizado en homosexuales hombres que consultaron a una clínica de enfermedades venéreas, más del 80% de los que tenían síntomas anorrectales o digestivos estaban infectados con uno o más gérmenes transmitidos sexualmente. El gonococo, las clamidias y el herpes simple son causas habituales de infecciones en esta población. La portación asintomática de gonococo entre homosexuales promiscuos es del 70%. A pesar de encontrar rectitis de etiología infecciosa en muchos de estos pacientes, también pueden existir rectitis con cultivo negativo vinculadas a la irritación que producen algunos lubricantes o a patologías que resultan del traumatismo del coito anal, como hemorroides prolapasadas, fisuras, abscesos y fistulas. Podemos distinguir tres síndromes diferentes:

a) Rectitis: síndrome caracterizado por desconfort anorrectal, lesiones y secreción, sin evidencia de enfermedad más allá del recto. Las causas más frecuentes incluyen clamidias, gonococo, sífilis, condiloma acuminado y herpes simple. El herpes es muy doloroso y se acompaña de tenesmo, constipación, ulceraciones rectales y secreción. Las causas no infecciosas son por trauma o irritantes químicos.

b) Rectocolitis: además de los síntomas de rectitis, hay diarrea, tenesmo e inflamación hasta el sigmoides. Entre las etiologías de la rectocolitis se encuentran: campylobacter, entamoeba histolytica, shigella, clamidias y clostridium difficile. En ocasiones se cultiva más de un microorganismo.

c) Enteritis: se manifiesta con diarrea y dolor abdominal sin síntomas anorrectales. Las enteritis infecciosas son producidas por las giardias.

Los pacientes homosexuales que practican coito anal receptivo y que presentan síntomas anorrectales merecen una consideración especial, ya que las causas que los producen difieren del resto de la población. La presencia de patología frecuente, como hemoroides, fisuras o abscesos, no exime de la necesidad de investigar causas infecciosas. Recordemos que todas las etiologías infecciosas pueden prevenirse eficazmente con el uso del preservativo.

➤ **Rectitis ulcerosa**

La rectitis ulcerosa es el compromiso rectal causado por la colitis ulcerosa. La colitis ulcerosa es una enfermedad idiopática que inflama en forma difusa la mucosa colónica. Suele comenzar en la adolescencia o juventud, pero puede ocurrir a cualquier edad. El síntoma cardinal de la colitis ulcerosa es la diarrea sanguinolenta y el dolor abdominal. En casos severos se observa fiebre, anorexia y pérdida de peso.

La colitis ulcerosa puede tener manifestaciones extracolónicas, como artritis, uveítis, ictericia y lesiones cutáneas. El curso suele ser crónico y recurrente, generalmente impredecible. El compromiso hepático se manifiesta por pericolangitis e hígado graso que no suelen dar síntomas. Mucho más rara es la presencia de hepatitis crónica o cirrosis. El 10% de los pacientes desarrolla una monoartritis migratoria que afecta las grandes articulaciones. La artritis suele coincidir con las exacerbaciones de la enfermedad. Puede aparecer espondilitis anquilosante cuyo curso es independiente de la colitis. Entre las manifestaciones cutáneas se encuentran el eritema nodoso, el pioderma gangrenoso y las aftas orales.

La colitis ulcerosa prácticamente siempre involucra el colon distal y el recto, lo que hace posible el diagnóstico por RSC. El colon por enema sirve para evaluar la extensión del compromiso colónico.

La rectitis ulcerosa suele aparecer en adultos jóvenes con proctorrágia y tenesmo. La proctorrágia no suele ser severa. Puede haber diarrea o constipación, pero lo habitual es que haya deposiciones frecuentes con moco. Con la RSC se observa una mucosa edematosa y friable, y el intestino sano más allá del recto. El colon por enema o la colonoscopía muestran un colon normal. La presentación clínica de la rectitis ulcerosa es inespecífica y debe ser distinguida de las rectitis infecciosas, incluyendo las etiologías vinculadas al SIDA. El pronóstico de la rectitis ulcerosa es muy bueno y menos del 15% evoluciona a colitis. Las complicaciones sistémicas son raras y la incidencia de cáncer de recto es la misma que la de la población general.

La rectitis ulcerosa es el compromiso limitado al recto de la colitis ulcerosa. Las manifestaciones clínicas incluyen tenesmo, proctorrágia y evacuación de moco. La mucosa más allá del recto está respetada. La apariencia endoscópica y la clínica son inespecíficas para la enfermedad, por lo que es obligatorio realizar diagnósticos diferenciales. El pronóstico es muy bueno y no constituye factor de riesgo para cáncer de recto.

El diagnóstico se realiza en base a la clínica y a la RSC, que, si se sospecha la enfermedad, es mejor realizarla sin preparación, para no alterar el aspecto de la mucosa. Si corresponde, deben hacerse cultivos para excluir *Clostridium difficile*, *Entamoeba histolytica*, *Campylobacter*, *Shigella*, *Salmonella* y gonorrea. La biopsia está indicada si se debe excluir Crohn, colitis por amebas, herpes, colitis pseudomembranosa y por citomegalovirus.

El diagnóstico de la rectitis ulcerosa se basa en la clínica y la RSC. Deben realizarse cultivos y/o biopsia según antecedentes y criterio médico.

El tratamiento de la rectitis ulcerosa debe ser manejada del especialista. Se puede utilizar sulfazalazina por vía oral o un agente tópico. Los enemas con 5-ASA o hidrocortisona son efectivos. La hidrocortisona se administra mediante enemas de retención de 100 mg a la noche y supositorios 2 veces por día. Se puede usar el 5-ASA, si preocupa la absorción de corticoides y sus efectos sistémicos. La dosis es de 2 a 4 g por día en síntomas agudos y 1 g por día en el mantenimiento. Debe continuarse hasta la remisión de los síntomas y luego puede usarse la sulfasalazina para la profilaxis.

El tratamiento de la rectitis ulcerosa es fundamentalmente tópico, con enemas de corticoides o 5-ASA. También puede usarse sulfasalazina por vía oral. Esta última droga es útil para la profilaxis luego de la remisión.

► **Proctorrágia**

Se denomina “proctorrágia” a la pérdida de sangre roja y rutilante o amarronada por el recto. El término “proctorrágia” es equivalente al de “hemorragia digestiva baja”. Cuando el paciente consulta, no sabemos de dónde proviene el sangrado, pero si la sangre es roja lo llamamos “proctorrágia”, ya que la mayoría de las veces provendrá del recto, aunque también puede provenir del ano, del sigmaoides o del colon. Recordemos que el paciente puede presentar hemorragia digestiva de sangre negra (melena), que es consecuencia del sangrado de un sitio proximal a la válvula iliocecal. En ocasiones, la pérdida hemática roja puede reflejar una hemorragia digestiva alta con tránsito intestinal muy acelerado. El abordaje de la hemorragia digestiva alta no se incluye en este capítulo.

La consulta por proctorrágia (o hemorragia digestiva baja) es frecuente en atención primaria. Si bien no siempre está causada por patología anorrectal, ésta suele ser la causa en la mayoría de los casos.

Diagnósticos diferenciales

Diversas enfermedades pueden presentarse con proctorrágia. Pueden ser desde condiciones banales hasta serias o fatales, por lo que el síntoma no debe ser subestimado. Además de la gravedad de la enfermedad que causa la hemorragia, la misma pérdida hemática puede ser leve y no comprometer la vida del paciente, o severa y causar “shock” o muerte.

Causas de proctorrágia leve a moderada

El 80% de estos casos se deben a lesiones del canal anal (aproximadamente, hemorroides 50% y fisura 18%); el 15%, a patología rectal y colónica (6.5% cáncer y 5% enfermedad inflamatoria intestinal) y el 7% a problemas de la piel perianal.

Causas de proctorrágia severa

Niños: fisura anal, pólipos juveniles, divertículo de Meckel, rectitis, síndrome urémico hemolítico, hemorroides (raras antes de la pubertad), cuerpos extraños.

Jóvenes: divertículo de Meckel (se manifiesta con sangre roja pese a encontrarse por encima de la válvula iliocecal), enfermedad inflamatoria intestinal y pólipos.

Adultos: divertículos, enfermedad inflamatoria intestinal, pólipos y, menos frecuentemente, cáncer y malformaciones arteriovenosas.

Mayores de 60 años: angiodispalsia, pólipos, cáncer y colitis isquémica.

La mayor parte de los pacientes en atención primaria se presentan con proctorrágias leves a moderadas. De acuerdo con las series publicadas, casi el 80% tendrá una condición benigna del canal anal. Estos porcentajes pueden variar según edad y factores de riesgo, o si el estudio se realiza en un ámbito de derivación (proctólogo, gastroenterólogo). La edad tiene más influencia en el diagnóstico diferencial de proctorrágias severas.

Los pacientes anticoagulados que presentan hemorragia digestiva deben ser evaluados a fin de determinar la causa, ya que cuando se los estudia, la mayoría presenta patología.

Interrogatorio

El reporte del paciente acerca de la cantidad de sangre perdida no suele ser un dato fidedigno, ya que hay pacientes que lo sobreestiman y se asustan mucho ante un mínimo sangrado y otros que lo subestiman por miedo a las implicancias diagnósticas y terapéuticas. De todos modos, no debemos subestimar el relato de un paciente que refiere una pérdida de sangre importante. La forma y características del sangrado pueden orientar hacia la etiología, pese a que no son datos muy específicos para establecer el sitio de sangrado.

Las **hemorroides** suelen sangrar con sangre roja rutilante, que aparece en el agua del inodoro o en el papel higiénico, o sobre la materia fecal. Puede ser un sangrado vigoroso, si existen grandes hemorroides prolapsadas. La presencia de diarrea, tenesmo, urgencia y dolor abdominal cólico sugiere **enfermedad inflamatoria intestinal**. En este caso suele perderse poca cantidad de sangre mezclada con las heces y con moco.

Los **tumores del colon distal** suelen producir hemorragias de sangre roja o levemente amarronada. Si el tumor está en el colon proximal, la sangre suele ser más oscura. Los pacientes con cáncer de ciego suelen presentarse con anemia ferropénica sin alteración macroscópica de las heces. El antecedente de cambios en el hábito evacuatorio o pérdida de peso debe orientar hacia neoplasia (en especial en el grupo etario de más riesgo). La historia de enfermedad diverticular nos pone en la pista del diagnóstico; no obstante, debemos descartar neoplasia coexistente.

Examen Físico

Es fundamental controlar los signos vitales, sobre todo la presencia de hipotensión o taquicardia ortostática. Si la tensión arterial cae más de 10 mmHg al ponerse de pie (ortostatismo), el paciente debe internarse. Igualmente grave es el aumento en 10 latidos o más de la frecuencia cardíaca al pasar a la bipedestación.

No debemos olvidar que en presencia de un sangrado agudo, la determinación clínica del volumen del sangrado no puede soslayarse. Lo primero que debemos descartar es que el paciente no se encuentre en riesgo vital.



En el examen general debemos centrar nuestra atención en el abdomen (masas, organomegalias). El examen anorrectal es obligatorio. Se debe inspeccionar la zona (fisuras, hemorroides prolapsadas) y realizar un tacto rectal. Asimismo, se deben observar las características de la materia fecal así como la presencia de tumores, hemorroides internas, etc. La anoscopía suele ser de utilidad, sobre todo en pacientes con síntomas anorrectales.

Estudios complementarios

Los estudios complementarios para evaluar a los pacientes con proctorrágia son la rectoscopía, la rectosigmoidoscopía (RSC), la fibrocolonoscopía y el colon por enema con doble contraste.

El interrogatorio y el examen físico tienen una utilidad limitada en el diagnóstico etiológico de la proctorrágia; generalmente se requieren estudios complementarios.

Conducta ante el paciente con proctorrágia

La mayoría de los pacientes que consultan por proctorrágia en el consultorio, no han tenido una pérdida hemática severa y tienen signos vitales normales. Una vez descartada la gravedad del caso, se debe proceder a la evaluación del sitio y de la causa del sangrado.

Si el paciente es joven (menor de 50 años), no tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal y la causa del sangrado es obvia (se evidencia por el examen físico, como en el caso de las hemorroides o de la fisura), no es necesario realizar otros estudios complementarios. El manejo será sintomático, tal como se describió en los contenidos anteriores. Si el paciente es joven pero la causa de sangrado no se evidencia por el examen físico, deberá estudiarse hasta evidenciar la causa.

Todos los pacientes mayores de 50 años con proctorrágia deben ser estudiados con lo que llamaremos evaluación completa del colon. La evaluación completa puede hacerse de dos maneras: a) RSC + colon por enema o b) fibrocolonoscopía.

Los pacientes mayores de 50 años con proctorrágia que refieren antecedentes de hemorroides o a los que se les encuentra patología anorrectal banal **deben ser igualmente estudiados con la evaluación completa**, ya que en casi la mitad de ellos se encuentra otra causa responsable del sangrado. El 27% de los pacientes con cáncer de recto y el 10% de los que tienen cáncer de sigmoides tienen a la vez hemorroides.

La causa más grave de proctorrágia es el cáncer colorrectal. El riesgo de esta enfermedad aumenta con la edad. El 80% de los casos de cáncer de colon aparece en mayores de 50 años, mientras que sólo el 5% ocurre en menores de 40, y menos del 1% antes de los 30. Se acepta que sólo un 30% de los cánceres están al alcance del RSC. El advenimiento de la colonoscopía mejoró mucho la localización del sitio de sangrado. Un paciente mayor de 50 años que consulta por proctorrágia y que tiene RSC y colon por enema normal no debería dejarnos tranquilos y debería recibir una colonoscopía.

Pese a que la mayoría de los adultos con proctorrágia (sobre todo los más jóvenes) tendrá una causa benigna de sangrado, es siempre necesario hacer el diagnóstico correcto de la causa que la provoca, ya que la proctorrágia puede corresponder también a patología maligna.

En principio, el concepto que queremos que quede claro es que siempre hay que encontrar la causa del sangrado, más allá de la edad del paciente. Por supuesto que siempre hay excepciones que serán de manejo del especialista. Por ejemplo, en un paciente joven que sangró, en el que el examen físico es normal y no se descubren alteraciones en la RSC, el cirujano puede asumir que el sangrado proviene de hemorroides internas pequeñas que no se detectan en la rectoscopía. En este caso, podrá dilatar la colonoscopía para más adelante, si se produce un nuevo sangrado. Esto no es así en pacientes mayores de 50 años en los que invariablemente habrá que estudiarles el colon en forma completa.

Estos datos refuerzan el concepto de que hay que evaluar completamente el colon de todos los pacientes mayores de 50 años con proctorrágia. Este grupo etario debe ser evaluado con RSC más colon por enema doble contraste o colonoscopía. Si se opta por RSC más colon por enema y se encuentra la causa del sangrado (hemorroides), no es necesario en principio realizar colonoscopía, mientras que si el colon por enema y la RSC son normales, igualmente debe realizarse colonoscopía. La costo-efectividad de realizar directamente colonoscopía o colon por enema más RSC no está claramente establecida.

La determinación del hematocrito no suele revelar el volumen de la pérdida en el momento agudo. Sin embargo, en aquellos pacientes ambulatorios que presentan una pérdida crónica, la determinación del hematocrito es de utilidad para evaluar la necesidad de una terapia con hierro. La presencia de anemia ferropénica no debe atribuirse a hemorroides o a patología banal, a menos que otras causas hayan sido cuidadosamente descartadas.

Ejercitación



¿Cuál de los siguientes síntomas/signos no 20
está/n presente/s en las rectitis? (una, varias, todas o ninguna de las opciones es válida).

- a) Discomfort anorrectal.
- b) Secreción.
- c) Diarrea.
- d) Lesiones mucosas.

Un paciente homosexual masculino que practica sexo anal presenta signos de enteritis ¿Qué diagnóstico se debe obligatoriamente descartar? (sólo una opción válida). 21

- a) Gonorrea.
- b) Sífilis.
- c) Clamidias.
- d) Giardia lamblia.

¿Cuál de las siguientes afirmaciones corresponde a las características clínicas de la rectitis ulcerosa? (una, varias, todas o ninguna de las opciones es válida). 22

- a) Un gran número de pacientes evoluciona a colitis.
- b) Las manifestaciones articulares son frecuentes.
- c) La clínica es altamente específica.
- d) No predispone al cáncer rectal.

Elegir la/s opción/es correcta/s (una, varias, 23 todas o ninguna de las opciones es válida).

- a) En un paciente de 30 años con proctorrágia y hemorroides sangrantes, es necesario realizar una RSC.
- b) La eliminación de materia fecal mezclada con sangre y moco en presencia de tenesmo rectal y/o diarrea sugiere hemorroides sangrantes.
- c) La mayor parte de las causas que originan proctorrágia leve están relacionadas con patología anorrectal.
- d) La colitis isquémica es una causa de hemorragia digestiva baja entre los adultos mayores de 60 años.

Elegir la/s opción/es correcta/s (una, varias, 24 todas o ninguna de las opciones es válida).

- a) La probabilidad de encontrar patología significativa en un paciente mayor de 50 años con hemorragia digestiva baja y RSC normal es despreciable.
- b) En un paciente con anemia ferropénica y hemorroides, no es necesario continuar con estudios colónicos.
- c) La mayoría de los pacientes con proctorrágia requieren internación.
- d) Todo paciente mayor de 50 años con proctorrágia debe evaluarse con RSC más colon por enema o colonoscopía.

Determinar si los siguientes enunciados son 25 verdaderos o falsos.

Ante el hallazgo de hemorroides en un paciente homosexual masculino que refiere molestia anal, secreción y sangrado, no es necesario realizar más investigaciones.

26

En el tratamiento de la rectitis ulcerosa, suelen ser necesarios los esteroides sistémicos.

Evolucionar por SOEP el siguiente caso clínico: 27

Un paciente de 57 años lo consulta por proctorrágia. Le cuenta que en 3 ó 4 ocasiones apareció sangre roja rutilante sobre la materia fecal y una sensación de molestia rectal. No cree que la pérdida haya sido abundante. Tiene antecedentes de hemorroides de varios años con periódicas exacerbaciones de inflamación e irritación, pero nunca sangrado. Es un constipado habitual. No tiene antecedentes de cáncer de colon familiar. En el examen físico se encuentra con signos vitales normales. El resto del examen es normal, excepto por un tacto rectal que es levemente doloroso y se palpa un paquete hemoroidal interno tenso que también se visualiza con el anoscopio. No sangra en el momento del examen.

4

CÁNCER COLORRECTAL (CCR)

El CCR es el segundo cáncer en frecuencia. Un individuo de 50 años tiene 5% de probabilidades de desarrollar CCR a los 80 años y 2.5% de probabilidades de morirse por esta enfermedad.

Algunos factores han sido señalados como **factores de riesgo** para desarrollar CCR:

- a) Factores ambientales:** el CCR es más prevalente en países desarrollados. En un principio se atribuyó a factores dietéticos ya que se sugirió que las dietas pobres en fibras y ricas en grasas eran factor causal. La evidencia epidemiológica es controversial. Existe asociación entre consumo de alcohol y tabaco y CCR.
- b) Edad:** la prevalencia es de 75 en 1.000.000 en la sexta década y sube a 300 en 1.000.000 en la octava.
- c) Historia familiar:** el antecedente de CCR en 2 o más familiares de primer grado aumenta el riesgo de CCR. La presencia de cáncer colorrectal en un familiar de primer grado antes de los 45 años también constituye un factor que aumenta el riesgo. Sin embargo, aquellas personas que tienen un familiar que presentó un CCR luego de los 55 años presentan riesgo habitual, es decir, el mismo riesgo que la población general y, por lo tanto, no deben ser estudiados de manera diferente.
- d) Colitis ulcerosa:** especialmente la pancolitis de más de 10 años de evolución. Aumenta el riesgo entre 5 y 10 veces. La rectitis ulcerosa no sería factor de riesgo. La asociación entre enfermedad de Crohn y CCR es controversial.
- e) Antecedente personal de CCR resecado o antecedente personal de pólipos colónicos:** los pacientes tratados por CCR tienen mayor riesgo que la población general de desarrollar nuevo CCR. Son los denominados «cánceres metacrónicos».
- f) Antecedentes personales o familiares de poliposis familiar:** aparición de múltiples pólipos a lo largo del colon, aparición antes de la pubertad, coexistencia con otras lesiones benignas y malignas: pólipos gástricos y duodenales, tumores desmoides, osteomas y lesiones retinianas.
- g) Cáncer hereditario:** la presencia de múltiples miembros de la familia con cáncer de colon y recto así como de endometrio, estómago, intestino delgado, páncreas, ovario o uréter favorece la predisposición a CCR. Para determinar qué familias son las más afectadas se elaboraron los Criterios de Amsterdam: debe haber tres miembros de la familia afectados con cáncer colorrectal, dos de los cuales son de generaciones sucesivas y, al menos uno, presentó el cáncer antes de los 45 años. En esta situación, el cáncer tiende a localizarse en el colon derecho, presenta factores pronósticos desfavorables y en el momento de la presentación suele estar en un estadio más avanzado.

La mayoría, si no todos los cánceres de colon, provienen de un pólipos adenomatoso. El riesgo de transformación maligna de un pólipos individual es bajo. Aumenta con el tamaño del adenoma y el tipo histológico (el veloso presenta más riesgo que el tubular).

Clínica

La presentación clínica en la fase habitual de diagnóstico depende del lugar de asiento del tumor.

Colon derecho: representa el 20% de los CCR. En la mayoría de los casos, se presenta con síntomas no referidos al aparato digestivo como anemia ferropénica y pérdida de peso. En un 25% se puede manifestar por obstrucción intestinal. Es el lugar donde más frecuentemente se asienta el cáncer de origen hereditario familiar.

Colon izquierdo: representa el 40% de los CCR. Entre el 25 y el 30% se presentan como una emergencia quirúrgica, ya sea como perforación u oclusión intestinal. El resto se manifiesta como cambio del ritmo evacuatorio y/o proctorrágia. Puede haber dolor abdominal bajo y pérdida de peso.

Recto: representa el 40% de los CCR. Casi nunca se presenta como emergencia. Lo habitual es que se presente con tenesmo rectal y proctorrágia.

La localización en colon transverso es rara.

El CCR derecho suele presentarse con síntomas no referidos al tubo digestivo como anemia y pérdida de peso, mientras que el de colon izquierdo y recto suele provocar proctorrágia y síntomas digestivos.

Diagnóstico

Cuando un paciente (sobre todo mayor de 50 años) consulta por alguno de los síntomas enunciados arriba, se debe realizar un examen físico que incluya tacto rectal, palpación hepática y abdominal, peso, etc. y un estudio del colon. Si el grado de sospecha es alto (proctorrágia) deberá estudiarse el colon en forma completa (colon por enema + RSC o colonoscopía). Muchos autores creen que estos pacientes deberían ser estudiados directamente con colonoscopía, ya que este estudio se realizará invariablemente, salvo que se encuentre una causa benigna de sangrado. Si el grado de sospecha no es tan alto (cambios ligeros en el ritmo evacuatorio), se podrá realizar sólo colon por enema.

Estadios

La estadificación más conocida es la del sistema de Astler-Coller, que constituye una modificación del sistema clásico de Dukes.

- **Estadio A:** el tumor está limitado a la mucosa. La sobrevida a 5 años es del 75 al 100%.
- **Estadio B1:** el tumor se extiende hasta la muscularis mucosa. La sobrevida a 5 años es del 65%.
- **Estadio B2:** el tumor se extiende más allá de la muscularis mucosa y la sobrevida a 5 años es del 50%.
- **Estadio C1:** es el B1 más ganglios positivos. La sobrevida a 5 años es del 40%.
- **Estadio C2:** es el B2 más ganglios positivos. La sobrevida a 5 años es del 15%.
- **Estadio D:** hay metástasis a distancia y la sobrevida a 5 años es inferior al 5%.

Si bien esta estadificación es útil, actualmente se prefiere utilizar la clasificación por el **sistema TNM** (tamaño tumoral, presencia de ganglios y metástasis a distancia).

Tumor primario (T)

TX	No puede evaluarse el tumor primario.
T0	No hay evidencia de tumor primario.
Tis	Carcinoma in situ.
T1	Tumor que invade submucosa.
T2	Tumor que invade muscularis propia.
T3	Tumor que atraviesa muscularis mucosa e invade la subserosa o tejidos pericolónicos o perirrectales.
T4	Tumor que perfora el peritoneo visceral o invade directamente otros órganos o estructuras.

Ganglios regionales (N)

- Nx No puede evaluarse.
- N0 No hay ganglios regionales con metástasis.
- N1 Metástasis de uno a tres ganglios pericolónicos o perirrectales.
- N3 Metástasis en cuatro o más ganglios pericolónicos o perirrectales.
- N4 Metástasis en algún ganglio a lo largo de una cadena vascular importante.

Metástasis a distancia (M)

- Mx No puede evaluarse la presencia de metástasis.
- M0 No hay metástasis.
- M1 Metástasis a distancia.

Estadios por grupo

Estadio 0	Tis	N0	M0	
Estadio 1	T1	N0	M0	Dukes A
	T2	N0	M0	
Estadio 2	T3	N0	M0	Dukes B
	T4	N0	M0	
Estadio 3	Cualquier T	N1	M0	Dukes C
	Cualquier T	N2, N3	M0	
Estadio 4	Cualquier T	N1, 2, 3	M1	Dukes D

El Dukes B incluye un grupo de mejor pronóstico (T3, N0, M0) y otro de peor pronóstico (T4, N0, M0). Lo mismo ocurre con Dukes C (cualquier T, N1, M0 y cualquier T, N2, N3, M0).

Si bien la estadificación de Dukes se reporta en los informes de anatomía patológica, es la clasificación por TNM la que orienta el tratamiento adyuvante (ver más adelante).

Rastreo

Hay aspectos de la historia natural del CCR que han hecho pensar en la factibilidad de rastrearlo en la población asintomática: 1) Las personas con alto riesgo de CCR tienen por lo menos el doble de riesgo de desarrollar CCR que la población general. El 93% de los CCR proviene de un pólipos adenomatosos. El tiempo que tarda un CCR en desarrollarse desde un pólipos de 1 cm es 7 años promedio. El 5% de los adenomas de 5 mm se convierte en CCR invasor; 2) Se estima que el CCR tarda 2 años en pasar por el estadio Dukes A, 1 año por el B y 1 año por el C. En poblaciones en las que no se realiza el rastreo, el 50% de los pacientes consultará con cáncer localmente invasor, 30% con cáncer regionalmente invasor y 20% con metástasis a distancia.

Dado que el CCR proviene la mayoría de las veces de una lesión premaligna y que tarda años en hacerse invasor, es potencialmente rastreable y tratable precozmente en individuos asintomáticos.

➤ **Métodos principales de rastreo**

a) Detección de sangre oculta en materia fecal (SOMF)

El método más ampliamente estudiado se realiza por la técnica del **guaiaco**. Habitualmente, se toman dos muestras de tres deposiciones diferentes. La sensibilidad para la detección de CCR va del 26 al 92% y la especificidad es del 90-99%. Los falsos negativos se deben a adenomas que pueden no sangrar o hacerlo en forma intermitente, a una distribución heterogénea de la sangre en la materia fecal o a la ingesta de ácido ascórbico. Los falsos positivos se pueden deber a la ingesta de alimentos con peroxidasa, al uso de antiinflamatorios no esteroideos, a la presencia de hemorroides o a divertículos.

Cuando la SOMF se realiza en la población general (baja prevalencia, probabilidad pretest o anclaje), el valor predictivo positivo es del 10% para CCR y del 20-30% para adenomas. Si se asume una tasa de falsos positivos del 1 al 4%, un individuo al que se le realiza SOMF anualmente desde los 50 a los 75 años tiene un 45% de probabilidad de tener un falso positivo a lo largo del programa de rastreo.

b) Rectosigmoidoscopía (RSC)

La longitud del rectosigmoidoscopio se correlaciona directamente con la capacidad de detección del CCR. El rectosigmoidoscopio rígido alcanza los 25 cm desde el margen anal y sólo puede detectar un 30% de los CCR. El rectosigmoidoscopio flexible corto alcanza los 35 cm y puede detectar un 50% de los pólipos. El RSC flexible largo alcanza los 60 cm y puede detectar un 75% de los pólipos y un 40-65% de los CCR. La tasa de perforaciones es del 0.0125% con el RSC rígido, 0.02% con el RSC flexible corto y del 0.045% con el flexible largo.

La sensibilidad de la RSC está directamente relacionada con la longitud del instrumento. Su especificidad es cercana al 95%.

c) Colonoscopía

La sensibilidad y la especificidad de este estudio superan el 95%. Debemos recordar que la colonoscopía suele requerir sedación, es costosa y tiene mayor riesgo de perforación (0.2%).

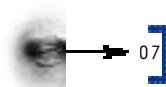
d) Colon por enema

La sensibilidad es del 80-95% y la especificidad del 90%. Si bien el test tiene buenas características operacionales, el riesgo acumulado de falsos positivos a lo largo de 25 años de rastreo es del 25%. La tasa de perforaciones es del 0.02%.

e) Tacto rectal

Tiene un valor muy limitado en el rastreo de CCR. Es de gran valor para el diagnóstico del cáncer de recto.

El principal problema de los estudios endoscópicos es que pueden detectar pólipos que jamás se malignizarán. Estudios basados en autopsias en ancianos muestran que entre el 10 y el 33% tiene pólipos, pero sólo un 2-3% tiene CCR. Dependiendo del tipo de adenoma, el riesgo estimado de malignización del pólipos individual va del 5 al 40% en un lapso cercano a los 10 años. Es decir, la mayoría de los pólipos encontrados por "rutina" no se transformarán clínicamente en CCR durante la vida del paciente. Sin embargo el hallazgo de estos pólipos genera procedimientos costosos, no exentos de riesgo y que son fuente de ansiedad para los pacientes.



Además de los problemas estrictamente técnicos de los procedimientos mencionados, debemos considerar que la adherencia de los pacientes sanos a estos estudios es muy baja. Hay trabajos que han encontrado tasas de adherencia de sólo el 6 al 12%.

Los tests de los que disponemos para realizar el rastreo del CCR son la SOMF por guaiaco, los métodos endoscópicos y el colon por enema. Si bien analizados individualmente estos tests tienen buenos valores de sensibilidad y especificidad, cuando se los aplica a una población con baja prevalencia de la enfermedad, el valor predictivo positivo es bajo. Con estos métodos probablemente no se nos “escape” ningún enfermo, pero cuando hablamos de población general y sana, nuestro objetivo es preservar a los sanos. Recordemos que al realizar «screening», el paciente consulta por control de salud y no porque se siente enfermo. La mayoría de los CCR proviene de un pólipos adenomatosos, pero el riesgo individual del pólipos de convertirse en CCR es bajo. Sin embargo, una vez detectado el pólipos hay que hacer un seguimiento del paciente, lo que hace que el rastreo se convierta en una maniobra muy costosa que, además, aumenta el sentimiento de enfermedad.

➤ **Consecuencias del rastreo**

En 1993 se publicó el primer ensayo clínico prospectivo y randomizado que demostró que el «screening» de cáncer de colon reduce la mortalidad por esta enfermedad. Luego de 13 años de seguimiento, la mortalidad acumulada anual por CCR fue de 5.88 por 1.000 pacientes en el grupo con «screening» anual con SOMF, y de 8.33 en el grupo control.

Más allá de las limitaciones del estudio de rastreo de CCR con SOMF, el gran logro fue generar por primera vez una evidencia grado I de que el «screening» de CCR disminuye la mortalidad por esta causa.

Repasemos los criterios de Frame y Carlson para evaluar si el «screening» está indicado en el caso del CCR (ver capítulo «Prevención en la práctica clínica»): a) Es una enfermedad prevalente y genera importante morbimortalidad; b) Tiene una fase preclínica prolongada (la mayoría de los CCR proviene de un pólipos adenomatosos que evoluciona lentamente a CCR); c) Existen métodos diagnósticos para esta etapa preclínica; d) Existe tratamiento exitoso; e) El tratamiento en la fase preclínica disminuye la mortalidad.

Al cumplir con los criterios de Frame y Carlson, el rastreo del CCR está incluido dentro del examen periódico de salud. Aún no se conoce cuál es la estrategia más costo-efectiva para realizar el rastreo. Los principales problemas se relacionan con los métodos diagnósticos (costos, molestia, riesgo de perforaciones y la posibilidad de que el paciente no acepte realizar procedimientos endoscópicos). En el estudio comentado, la adherencia fue excelente, pero los pacientes que ingresan a este tipo de ensayos clínicos tienen características personales que no son las de la población general (validez externa).

➤ **Estrategias de rastreo**

La Fuerza de tareas Canadiense para la Prevención ha elaborado recientemente sus recomendaciones según cada grupo y sus riesgos.

Personas asintomáticas sin antecedentes de colitis ulcerosa, pólipos o CCR

a) Con riesgo habitual: existe buena evidencia para realizar rastreo anual o bianual con SOMF (recomendación A) y aceptable evidencia para incluir la RSC flexible (recomendación B) en el examen periódico de salud en mayores de 50 años. Sin embargo, no existe evidencia suficiente con respecto a si debe realizarse un test o ambos (recomendación C). Además, hay evidencia insuficiente para incluir a la colonoscopía como rastreo inicial en este grupo de pacientes (recomendación C).

b) Con riesgo aumentado: existe evidencia para incluir rastreo genético o RSC flexible en el examen periódico de personas con poliposis familiar (recomendación B). Además, existe evidencia para realizar colonoscopía en pacientes con CCR hereditario (recomendación B), aunque hay insuficiente evidencia para realizar colonoscopía a personas con historia familiar de cáncer o pólipos que no cumplen criterios de cáncer hereditario.

Si bien no existe evidencia directa acerca de que la colonoscopía es una maniobra efectiva en el rastreo en personas con riesgo habitual, es el estudio que detecta pólipos y cáncer con mayor sensibilidad y especificidad. La preocupación en relación con ofrecer colonoscopía como método inicial se vincula con la pobre adherencia, los requerimientos de equipamiento y entrenamiento médico y los costos potenciales. Sin embargo, debido a la escasa frecuencia con que debería realizarse (cada 10 años, si el estudio es normal) estas preocupaciones no deberían ser de tanta magnitud. De hecho, un estudio de costo-efectividad recientemente publicado, que evaluó la costo-efectividad en términos de años de vida salvados comparando SOMF anual, sigmoidoscopía cada 5 años o colonoscopía cada 10, encontró que la colonoscopía sería la estrategia más costo-efectiva. Sin embargo, la disponibilidad del recurso en nuestro país debería hacer que consideremos estos resultados con cautela.

Existe evidencia que sugiere que los AINEs ejercen un efecto protector para el desarrollo de CCR. Varios estudios han mostrado una reducción en la incidencia de CCR en los usadores de AINEs. Además, se observó que los pacientes con poliposis familiar que tomaron sulindac tuvieron una reducción en el número y tamaño de los pólipos. El único ensayo aleatorizado que investigó el empleo de AINEs con este propósito no pudo demostrar beneficio en un seguimiento de 5 años. Un estudio de cohortes reciente sugiere que 5 años no es tiempo suficiente para demostrar la eficacia de los AINEs como prevención del CCR. Se necesitan 10 a 20 años para mostrar un efecto. El efecto adverso más común con el uso de AINEs es el sangrado digestivo.

Aparentemente, los AINEs ejercen un efecto protector para el desarrollo de CCR. Por el momento, su uso está reservado a la población de alto riesgo para CCR. Asimismo, se pueden indicar AINEs como prevención secundaria luego de la cirugía de CCR. Sin embargo, esta aproximación no ha sido evaluada en un ensayo aleatorizado.

Las personas con **antecedentes de poliposis familiar** a las que se le realiza el testeo genético y no portan la mutación deben ser rastreadas como la población general. Si existiera mutación o el testeo genético no estuviera disponible, hay que realizar rastreo anual o bianual con sigmoidoscopía flexible desde la pubertad.

Para personas con **cáncer hereditario**, existe evidencia grado III para realizar colonoscopía en lugar de sigmoidoscopía. Si bien se suele exigir evidencia de mejor calidad para realizar una recomendación B, es poco probable que se cuente con estudios mejores en que incluyan este tipo de pacientes dado lo infrecuente del cuadro y el alto riesgo de cáncer que presentan.

En los pacientes con riesgo habitual (población general), se recomienda una aproximación personalizada desde los 50 años. Los esquemas deben adaptarse a los recursos locales y a las preferencias del paciente. El American College of Physicians recomienda realizar «screening» entre los 50 y 70 años mediante RSC flexible, colonoscopía o colon por enema cada 10 años. También puede ofrecerse SOMF anual a los pacientes que no acepten estas intervenciones. La Fuerza de Tareas Canadiense recomienda para los pacientes con riesgo habitual: SOMF anual acoplado o RSC flexible en los mayores de 50 años. Para los pacientes de alto riesgo: RSC flexible o rastreo genético. En los pacientes con CCR hereditario se recomienda realizar una colonoscopía.

Los pacientes a quienes se practicarán estos procedimientos deben ser informados de los beneficios y riesgos potenciales, así como también de la probabilidad de falsos positivos. Los pacientes con SOMF positiva deben ser evaluados con colonoscopía. Si ésta no estuviera disponible, debe realizarse colon por enema doble contraste y RSC. El hallazgo de un pólipos durante el rastreo obliga a extraerlo y determinar su histología para decidir la estrategia de seguimiento. Para ser estrictos, el paciente a quien se le encuentra un pólipos “sale” del rastreo para “entrar” en el seguimiento específico del hallazgo.

Es importante destacar que si el rastreo sólo se realiza en pacientes de alto riesgo, beneficiaremos sólo a esa población, pero debemos recordar que el 75% de los CCR aparecen en individuos con riesgo habitual, con lo cual desde el punto de vista de la salud pública esta estrategia tiene bajo impacto.

■ **Manejo de los pólipos colónicos encontrados por rastreo**

Una de las consecuencias inmediatas de los programas de rastreo masivo es el diagnóstico de los **pólipos colónicos**. Dicho de otro modo, el “mirar” el colon de los pacientes nos colocará frente a una “epidemia” de pólipos. Recordemos que cada vez que una SOMF sea positiva, deberemos examinar todo el colon con la posibilidad de encontrar pólipos, con lo que el tratamiento y vigilancia de los mismos constituirá un gran problema de salud pública.

Los pólipos colónicos tienen diferente potencial de malignización según el tamaño y el tipo histológico. La mayoría de los pólipos son **hiperplásicos** y pequeños (90%) y no tienen potencial de malignización. Estos pólipos no requieren tratamiento ni vigilancia. El 10% restante son los **pólipos adenomatosos** que incluyen a los pólipos tubulares (riesgo de malignización del 1-5%), los intermedios y los vellosos (riesgo de malignización del 30-70%). Se denominan pólipos sincrónicos a los que coexisten simultáneamente (30% de los pacientes tiene más de un pólipos). Se denominan pólipos metacrónicos a los pólipos que aparecen luego de una polipectomía (el desarrollo subsecuente de pólipos es del 10%).

Es importante aclarar el concepto de **pólipos malignos**: es un pólipos con transformación maligna comprobada (ya estamos dentro del concepto de cáncer). Estos pólipos no son encontrados frecuentemente en programas de «screening».

El Colegio Americano de Gastroenterólogos propuso la siguiente norma para el seguimiento de los pólipos colónicos:

Manejo inicial

- 1) A la mayoría de los pacientes a los que se les encuentre un pólipos adenomatoso mayor de 0.5 mm por cualquier medio (colon por enema, RSC), deberá realizársele una colonoscopía para extraer el pólipos y buscar otros.



- 2) La decisión de realizar colonoscopía a pacientes con pólipos adenomatosos menores de 0.5 mm debe ser individualizada.
- 3) El hallazgo de un pólipos hiperplásico no es indicación de colonoscopía.

Vigilancia luego de la polipectomía

- 4) La mayoría de los pacientes a los que se les extrae un pólipos solitario adenomatoso o unos pocos pólipos deberán ser evaluados mediante colonoscopía a los tres años (la vigilancia anual confiere la misma protección que la trienal). Si este estudio es normal, la vigilancia puede realizarse cada 5 años.
- 5) Pacientes seleccionados con múltiples pólipos adenomatosos o colonoscopía subóptima deben ser evaluados al año y a los 4 años.
- 6) La presencia de alto grado de displasia en el pólipos no altera estas recomendaciones.
- 7) Si la colonoscopía completa es imprácticable, puede realizarse RSC más colon por enema doble contraste.
- 8) Debido a que los pacientes con pólipos adenomatosos tubular único pequeño no tienen riesgo aumentado de cáncer, la vigilancia carece de sentido.
- 9) La vigilancia debe ser individualizada de acuerdo a la edad y a los estados mórbidos asociados. Debe discontinuarse si es improbable que la vigilancia prolongue la sobrevida.
- 10) El paciente a quien se le extrae un pólipos adenomatoso mayor de 2 cm debe recibir colonoscopía en 3 a 6 meses para evaluar si la resección fue completa. Si hay pólipos residuales, debe resecarse y controlarse luego de 3 a 6 meses. Si la resección no puede completarse con 2 intentos, debe derivarse para cirugía.

Conducta ante el hallazgo de un pólipos maligno

- 11) No es necesario realizar más tratamiento después de la resección de un pólipos maligno, si se cumple lo siguiente: a) El pólipos se considera totalmente resecado por el endoscopista; b) Se puede determinar el grado de invasión, de diferenciación y la completa remoción; c) El tumor no es pobremente diferenciado; d) No hay compromiso vascular o linfático; e) Hay un margen libre de enfermedad.
- 12) Los pacientes que cumplen estos criterios deben ser reevaluados en 3 meses mediante colonoscopía. Si no tienen pólipos, deben tener la vigilancia habitual (ver punto 4).
- 13) El paciente que no cumpla con los requisitos enunciados en el punto 11 debe ser evaluado para cirugía.

Los pacientes con pólipos adenomatosos deben recibir colonoscopía para detectar pólipos sincrónicos. Los pólipos deben extraerse para determinar su histología. La vigilancia luego de la remoción de un pólipos adenomatoso sin transformación maligna debe hacerse a los 3 años, y si este estudio es normal, puede continuarse cada 5 años. No deben vigilarse con colonoscopía los pacientes con adenoma tubular pequeño y único. Si se estaba realizando rastreo, el mismo continúa como en cualquier paciente.

Manejo del paciente con CCR

Una vez realizado el diagnóstico de CCR, debe evaluarse todo el colon para buscar cánceres sincrónicos, los cuales ocurren en el 3% de los pacientes.

Los estudios complementarios que debemos realizar son:

- 1) **Hemograma:** para detectar anemia.
- 2) **Fosfatasa alcalina (FAL):** que se puede elevar cuando hay metástasis hepáticas u óseas. Si la FAL está aumentada, deberá solicitarse una ecografía hepática. Si no se encuentran metástasis hepáticas, deberá realizarse un centellograma óseo para evidenciar metástasis óseas.

- 3) Los pacientes deben tener Rx de tórax luego del diagnóstico.
- 4) Dosaje de **antígeno carcinoembrionario (CEA)**: este antígeno es un marcador tumoral que puede elevarse en varias condiciones benignas (fumadores, enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad pulmonar crónica) y en varios cánceres, por lo que es inespecífico. Su utilidad en el CCR se debe a que niveles altos ayudan a predecir recurrencia. Además, los niveles de CEA deben caer significativamente entre el mes y los dos meses de la cirugía de un CCR. Si esto no ocurre, hay alta chance de que quede cáncer residual.

Los factores que afectan el pronóstico del CCR son el estadio, el grado de diferenciación histológica, el tipo de borde del cáncer (invasivos versus tumores que “empujan” los tejidos en vez de invadirlos) y la invasión venosa. Niveles de CEA mayores a 10 ng/ml se asocian con mayor riesgo de recidiva.

➤ Tratamiento del CCR

Si bien el tratamiento será realizado por especialistas (cirujano y oncólogo), es útil que el médico de familia conozca ciertos conceptos para poder aconsejar y acompañar mejor a sus pacientes con CCR.

En el cáncer de colon (CC), la colectomía es el procedimiento de elección. Si el paciente se opera con una complicación (oclusión), se realiza colostomía de “descarga” y reanastomosis en otro momento. La resección de metástasis hepáticas brinda una oportunidad de curación, si bien la sobrevida a 5 años es del 5%. En el cáncer de recto (CR), el manejo quirúrgico consiste en la resección abdominoperineal. Siempre que se pueda, hay que esforzarse por conservar el esfínter anal. Si esto no es posible (tumores muy bajos), el paciente tendrá una colostomía definitiva.

La cirugía es la modalidad de tratamiento por excelencia con fines curativos. También está indicada con fines paliativos, ya sea para prevenir o para tratar la perforación u oclusión intestinal.

La quimioterapia adyuvante (QA) es útil en pacientes con CC estadio 3. Dos estudios randomizados demuestran el beneficio del tratamiento con fluorouracilo y levimasol. La reducción de la recurrencia es del 40%. En el seguimiento, que fue de nueve años, la mortalidad bajó un 33%. En el estadio 2, la evidencia es menos concluyente. Los estudios muestran que puede haber disminución de la recurrencia, pero no aumento de la sobrevida. Los pacientes con estadio 2 y obstrucción o perforación se benefician más con la QA. La QA para un paciente con CC cuesta \$1.200 por año de vida salvado, lo cual es considerablemente menos que la hemodiálisis o el «by-pass» coronario. El rol de la radioterapia en el CC está siendo evaluado en un estudio en curso.

La estadificación TNM define grupos de alto riesgo que pueden beneficiarse con la terapia adyuvante. Si bien el tratamiento por excelencia del CC es la cirugía (curativa o paliativa), la QA mostró ser eficaz con una toxicidad aceptable (la eliminación del metil-CCNU disminuyó la toxicidad) y presenta datos promisorios para el manejo de pacientes con estadio 3 ó 2 que se presentan con complicaciones.

En el CR, el riesgo de diseminación locorregional es alto, sobre todo cuando el tumor es T3 ó T4. Un estudio demostró la prolongación del tiempo libre de enfermedad y aumento de la sobrevida en pacientes con CR que recibieron fluorouracilo y metil-CCNU más radioterapia, comparados con los que recibieron sólo cirugía

más quimioterapia o cirugía más radioterapia. Estos resultados fueron confirmados en más de un estudio (34% de aumento en el intervalo libre de enfermedad y 29% de aumento en la sobrevida). Recientemente, se ha publicado un importante estudio randomizado que demuestra un aumento de la sobrevida y disminución de la recidiva local con el uso de radioterapia preoperatoria en el CR, incluso en estadios tempranos.

En el CR, la cirugía constituye la modalidad de tratamiento sin lugar a dudas. Los pacientes de alto riesgo (con T3, T4, obstruidos o perforados) de los estadios 2 y 3 de CR se benefician con la terapia adyuvante combinada (cirugía más quimioterapia más radioterapia). Los pacientes en cualquier estadio parecen beneficiarse con la radioterapia preoperatoria.

➤ **Seguimiento luego del tratamiento**

Diferentes estudios poblacionales han demostrado que la recurrencia local luego de una resección aparentemente curativa de un cáncer de recto es del 20%. La recurrencia local luego de la resección de un cáncer de colon es menos común. Los sitios más frecuentes de metástasis son el hígado, en primer lugar, seguido por el pulmón. Las metástasis óseas y cerebrales son relativamente raras.

Tradicionalmente, los cirujanos han seguido a sus pacientes operados por CCR a intervalos regulares luego de resecciones con fines curativos. En el seguimiento hay que estar alerta a síntomas abdominales, de anemia o pérdida de peso. Generalmente, el seguimiento se realiza con el examen físico, el hepatograma, SOMF, CEA y Rx de tórax un mes luego de la cirugía curativa. En pacientes asintomáticos, el seguimiento se puede realizar cada 6 meses. La colonoscopía debe realizarse a los 6 meses y, luego, cada 2 años para detección de cánceres metacrónicos. La conducta a seguir depende de los hallazgos (pólipos, nuevo tumor o mucosa normal).

El CEA se ha empleado para predecir recurrencias. Un 75% de los pacientes presentan CEA elevado antes de desarrollar síntomas por la recurrencia; aunque aparece antes que los síntomas, su elevación es un fenómeno tardío. Una aproximación posible sería determinar CEA en todos los pacientes y reexplorar con laparotomía a aquéllos que presenten valores altos. Sin embargo, estudios recientes no han mostrado diferencias en términos de mortalidad.

El seguimiento del CCR resecado generalmente incluye un examen clínico, colonoscopía periódica (detección de CCR metacrónico), hepatograma, SOMF, determinación del CEA, Rx de tórax y/o tomografía abdominal. Algunos consideran que un seguimiento intensivo resultaría en una disminución de la mortalidad por permitir intervenciones precoces ante recidivas, tumores metacrónicos o metástasis. Sin embargo, el beneficio del seguimiento intensivo permanece sin estar demostrado.

¿Por qué aparece como inefectivo el seguimiento?

1) El objetivo: el seguimiento pone su acento en la detección de recurrencias locales o detección de tumores metacrónicos. Sin embargo, las recurrencias en la anastomosis son relativamente infrecuentes. La mayoría de las recurrencias se debe a enfermedad residual por tumor no resecable con criterio de curación en el momento de la cirugía, lo cual ya acarrea un pobre pronóstico. Los tumores metacrónicos son relativamente infrecuentes y su detección precoz no impacta en la mortalidad.

2) La intervención: las metástasis (MTS) hepáticas son mucho más frecuentes. Dichas metástasis están limitadas

al hígado en el 25% de los pacientes. Por lo tanto, es probable que el seguimiento deba enfocarse en la detección precoz de MTS. El 80% de los pacientes que desarrollan MTS hepáticas como sitio inicial de recurrencia pueden detectarse en etapa asintomática. Los pacientes con enfermedad diseminada que reciben quimioterapia en período asintomático tienen mejor respuesta, mejor calidad de vida y una mayor sobrevida, comparados con los que reciben quimioterapia cuando presentan síntomas. De modo que, si detectáramos más MTS en el punto en el cual son resecables o pasibles de quimioterapia, podríamos hipotéticamente disminuir la mortalidad por CCR.

Los métodos actuales con los que se realiza seguimiento están centrados en la detección de recurrencias y tumores metacrónicos, no han mostrado tener impacto en términos de reducción de la mortalidad y su costo es enorme. Debido a que las MTS hepáticas son más frecuentes, un protocolo que incluyera estudios por imágenes abdominales podría ser más efectivo. Se requieren más estudios que evalúen esta aproximación en el seguimiento postoperatorio de pacientes con cirugías teóricamente curativas.

Entonces, ¿por qué seguir realizándolo? Existen varias razones: el seguimiento permite proveer apoyo psicológico. El reaseguro de que “todo está bien” es importante. Además, el seguimiento permite controlar y auditar los resultados de la cirugía, lo que permite el control de calidad de la misma.

Dado que el seguimiento persigue otros fines además de disminuir la mortalidad, el mismo puede realizarse teniendo en cuenta la necesidad de limitar los estudios para no realizar gastos innecesarios en medidas no efectivas. El protocolo de seguimiento deberá establecerse con el resto de los profesionales implicados en el control de estos pacientes.



Elegir la/s opción/es correcta/s (una, varias, 28 todas o ninguna de las opciones es válida).

- a) La presentación clínica más frecuente del cáncer de colon derecho es la anemia.
- b) El antecedente de CCR resecado no aumenta el riesgo de padecer un nuevo CCR.
- c) La pancolitis ulcerosa de más de 10 años de evolución duplica el riesgo de padecer CCR.
- d) El cáncer de colon izquierdo nunca se presenta como una emergencia quirúrgica.

¿Cuál de las siguientes características de la historia natural del CCR es incorrecta? (sólo una opción válida). 29

- a) La mayoría de los CCR proviene de un adenoma.
- b) Los pólipos se malignizan lentamente.
- c) Todos los pólipos se malignizan.
- d) El tipo histológico del pólipos condiciona su potencial de malignización.

Elegir la/s opción/es correcta/s (una, varias, todas o ninguna de las opciones es válida). 30

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación con la colonoscopía? (una, varias, todas o ninguna de las opciones es válida). 31

Elegir la opción correcta (sólo una opción válida). 32

¿Cuál de las siguientes recomendaciones para el rastreo del CCR en la población de riesgo habitual es correcta? (una, varias, todas o ninguna de las opciones es válida). 33

¿Por qué considera que el rastreo del CCR en individuos de alto riesgo es más invasivo? (sólo una opción válida). 34

¿Cuál es el intervalo adecuado para buscar pólipos metacrónicos en ausencia de malignidad? (sólo una opción válida). 35

a) La especificidad del guaiaco para el rastreo del CCR es alta.
b) El riesgo acumulado a lo largo de un programa de rastreo de tener una SOMF falsamente positiva no supera el 10%.
c) El valor predictivo positivo de la SOMF no supera el 10% aplicado en población de riesgo habitual.
d) La endoscopía es un método exento de riesgos.

a) Es más sensible para el rastreo del CCR que la SOMF.
b) Es menos específica que la SOMF para el rastreo de CCR.
c) El riesgo de perforación es del 0.2%.
d) Nunca genera falsos negativos.

a) Existe en la actualidad evidencia suficiente para realizar rastreo del CCR en pacientes mayores de 50 años con riesgo habitual.
b) Los métodos de rastreo del CCR que cuentan con mayor grado de evidencia son la SOMF y la RSC.
c) Los pacientes con riesgo de CCR hereditario deben realizar rastreo con colonoscopía.
d) Los pacientes con antecedentes familiares de poliposis colónica deben realizar rastreo genético o con RSC.

a) SOMF cada año o cada 2 años en mayores de 50 años.
b) Colonoscopía como rastreo inicial cada 5 años.
c) RSC como rastreo inicial cada 5 años en mayores de 50 años.
d) Tacto rectal acoplado a SOMF anual.

a) La mayor prevalencia de la enfermedad aumenta el valor predictivo positivo de los tests.
b) La mayoría de los CCR aparecen en individuos de alto riesgo.
c) La SOMF es más sensible y específica en este grupo de pacientes.
d) La eficacia del rastreo sólo está demostrada en este grupo de alto riesgo de CCR.

a) Un año
b) Dos años
c) Tres años
d) Seis meses.

¿Cuál de los siguientes factores **no** afecta el 36 pronóstico del CCR? (sólo una opción válida).

- a) Estadio.
- b) Anemia.
- c) Diferenciación histológica.
- d) Nivel de CEA.

Determinar si los siguientes enunciados son 37 verdaderos o falsos.

Los pacientes a quienes se les detecta un pólipos deben recibir colonoscopía, a menos que se trate de un pólipos hiperplásico pequeño.

38 La quimioterapia no cumple ningún rol en el tratamiento del CC avanzado.

39 La cirugía debe ofrecerse sólo a pacientes con CCR resecable y curable por este método.

D) RESUMEN FINAL

Hemos abordado fundamentalmente dos temas: por un lado, el manejo de los pacientes con síntomas anorrectales y, por el otro, el rastreo del CCR en la población asintomática.

En relación con los pacientes que presentan síntomas anorrectales, debemos tener en cuenta que los mismos pueden originarse en afecciones banales (pero que son fuente de gran sufrimiento), como las hemorroides o fisuras, o ser la manifestación de enfermedades graves. Para reducir al mínimo la posibilidad de cometer errores, el médico de familia debe realizar un interrogatorio y examen físico adecuados y considerar el empleo de exámenes complementarios. Debe prestar especial atención a los pacientes homosexuales masculinos que practican sexo anal.

Las hemorroides son el problema más común. Se manifiestan por sangrado, presencia de masa ocupante, prurito o dolor. Habitualmente mejoran con tratamientos sintomáticos como laxantes de volumen, baños de asiento o medicación tópica. Si esto no ocurre, debe consultarse al especialista. Las fisuras se manifiestan por dolor y sangrado. Suelen responder al tratamiento conservador. Si no se resuelven en un mes, debe consultarse al cirujano. Los abscesos y las fistulas son dos estadios de una misma enfermedad. Las fistulas se manifiestan por el drenaje de material purulento o seroso y los abscesos, por dolor y masa ocupante. Su tratamiento es quirúrgico. El prurito puede deberse a oxiurias, irritantes locales, dermopatías, hemorroides, etc. Si el prurito se debe a alguna de estas causas, debe ser tratado. Sin embargo, la mayoría de las veces queda sin diagnóstico etiológico y debe educarse al paciente en pautas de higiene. Los pacientes homosexuales masculinos con síntomas anorrectales deben ser evaluados meticulosamente a fin de verificar el grado de compromiso colónico. Las etiologías infecciosas de causa venérea siempre deben considerarse. En los pacientes con síntomas de rectitis sin riesgo de infecciones, debe sospecharse la rectitis ulcerosa, cuyo diagnóstico se realiza en base al interrogatorio y la sigmoidoscopía. El pronóstico de esta entidad es muy bueno y su manejo depende del especialista, se basa en la administración de medicación tópica como las enemas de corticoides y 5-ASA. Los pacientes con hemorragia digestiva baja pueden ser tratados sin mayores estudios si son jóvenes, la causa es obvia por el examen físico y no quedan dudas diagnósticas. Los pacientes mayores deben ser estudiados siempre, aunque tengan, en apariencia, una causa obvia y banal de sangrado.

El CCR es una enfermedad prevalente que genera importante morbimortalidad. Tiene una fase preclínica prolongada, ya que la mayoría de los CCR provienen de un pólipos que tarda años en transformarse en CCR. Se dispone de diversos métodos para realizar rastreo en la población asintomática; los que cuentan con mayor evidencia científica para disminuir la mortalidad por CCR son la SOMF con guaiaco y la RSC. La mayoría de las asociaciones y sociedades científicas recomiendan realizar el rastreo en la población general con la realización de SOMF anual a los mayores de 50 años con riesgo habitual para CCR, o RSC cada 5 años. Si la SOMF es positiva, debe evaluarse todo el colon, ya sea con colonoscopía o con RSC más colon por enema. El seguimiento posterior depende de los hallazgos: si la colonoscopía es normal, el paciente continúa con el rastreo habitual; si aparece un pólipos, habrá que determinar su histología y de acuerdo con ésta, se realizará la vigilancia colonoscópica que corresponda. Los pólipos hiperplásicos no requieren evaluación posterior. Los pólipos adenomatosos se vigilarán cada 3 años. Los pacientes con antecedentes de poliposis familiar deben recibir rastreo genético o RSC. Aquellos con criterios de CCR hereditario deben ser rastreados con una colonoscopía.

El tratamiento por excelencia del CCR es la cirugía, que puede ser curativa (enfermedad localizada) o paliativa (evitar o tratar una complicación). Los pacientes con CC estadio 3 se benefician con el tratamiento adyuvante, así como los de estadio 2 que se presentan con alguna complicación. Los pacientes con CR de riesgo para recidiva local se benefician con la terapia combinada (quimio y radioterapia).

E) RESPUESTAS A LA EJERCITACIÓN**1 La opción correcta es la d.**

La rectitis es la inflamación de la mucosa rectal. Como la mucosa no tiene fibras sensitivas para el dolor, su inflamación puede causar desconfort, tenesmo y proctorragia, pero no dolor. Las otras opciones son incorrectas: tanto los **a**) abscesos como **b**) las hemorroides y **c**) las fisuras anales son causas de dolor. Las hemorroides, en general, no son dolorosas pero pueden doler si son grandes o se trombosan.

2 La opción correcta es la d.

La causa más frecuente de una fistula anal es el drenaje espontáneo o quirúrgico de un absceso. Las otras opciones son incorrectas: a pesar de que **a**) la tuberculosis, **b**) la enfermedad de Crohn y **c**) la radiación pueden causar fistulas, su presentación no es muy frecuente.

3 La opción correcta es la b.

La utilidad del interrogatorio en pacientes con síntomas anorrectales radica fundamentalmente en que permite acotar los diagnósticos diferenciales según los síntomas sean anales, rectocolónicos o anorrectales. Las otras opciones son incorrectas: **a**) El interrogatorio no sirve para el diagnóstico etiológico, ya que es poco específico; **c**) La superposición de síntomas entre cuadros banal y graves es enorme; **d**) El interrogatorio no permite descartar cáncer.

4 Las opción correcta es la b.

La única causa para diferir el tacto rectal en un paciente con síntomas anorrectales es la presencia de intenso dolor. Las otras opciones son incorrectas: **a**) El examen físico no debe diferirse si hay sangrado; **c**) Permite arribar al diagnóstico etiológico en alrededor del 28% de los casos; **d**) El examen físico general no debe soslayarse; se deben buscar dermopatías, organomegalias, ganglios, etc.

5 Las opciones correctas son a y d.

Es frecuente que se pueda determinar una causa probable del sangrado con el examen físico. Sin embargo, los pacientes de más de 50 años con sangrado deben recibir al menos una RSC, aún cuando se detecte claramente una causa banal que podría justificar el síntoma. Esto se debe al aumento de la prevalencia de cáncer en este grupo etario. Las otras opciones son incorrectas: **b**) Los pacientes jóvenes con sangrado y causa obvia no deben estudiarse; **c**) La proctalgia fúgax no tiene indicación de RSC.

6 La opción correcta es la a.

Las fisuras crónicas deben biopsiarse por el riesgo de que se deban a tumores malignos, tuberculosis, enfermedad de Crohn o sífilis. Las otras opciones son incorrectas: **b**) Las fistulas típicas, **c**) Las lesiones compatibles con herpes (que son bastante específicas) y **d**) Los abscesos no requieren biopsia para confirmar el diagnóstico.

7 VERDADERO.

El absceso y la fistula son dos etapas de una misma enfermedad. Esta comienza con la infección de una glándula anal que se absceda y que, al drenar, fistuliza.

8 FALSO.

Las rectitis pueden ser infecciosas, actínicas, por enfermedad inflamatoria intestinal o traumáticas.

9 VERDADERO.

Las dermopatías como la psoriasis, el liquen o el eccema pueden causar prurito anal, aunque no son la causa más frecuente de este síndrome.

10 FALSO.

Los pacientes con gonorrea tienen lesiones limitadas al recto. La extensión más allá de los 15 cm desde el margen anal debe hacer pensar en otras etiologías, como el campylobacter o la shigella.

11 La opción correcta es la b.

La hemorroidectomía es el único procedimiento que requiere internación. Las otras opciones son incorrectas: tanto **a**) la criocirugía, **c**) la inyección de venas esclerosantes, como **d**) la ligaduras con banda son procedimientos ambulatorios.

12 La opción correcta es la c.

Los residuos de la dieta mejoran los síntomas y evitan las recurrencias. Las otras opciones son incorrectas: **a**) No existen estudios controlados que demuestren el beneficio de la medicación tópica frente al placebo. Su uso se basa en la experiencia y la necesidad de "dar algo"; **b**) La mayoría de los pacientes que consultan por hemorroides puede tratarse con recursos médicos y sólo un pequeño grupo deberá operarse; **d**) Debe consultarse al especialista si hay dudas diagnósticas o si los síntomas son intratables, así como también ante una trombosis hemorroidal o prolaps permanente. El sangrado por hemorroides no es por sí mismo indicación de consultar al especialista. Recordar que en los mayores de 50 años es necesario realizar una RSC, incluso cuando la causa de sangrado es obvia, como en el caso de hemorroides sangrantes.

13 La opción correcta es la c.

El dolor agudísimo en un paciente con hemorroides hace pensar en trombosis. Las otras opciones son incorrectas: **a**) Las hemorroides de primer grado no complicadas no son causa de dolor agudísimo; **b**) Las hemorroides internas no duelen por no tener inervación sensitiva; **d**) Las fistulas se manifiestan por secreción y abscesos recurrentes, y no por dolor.

14 La opción correcta es la d.

Con el interrogatorio (dolor intenso al evacuar que puede persistir horas) y el hallazgo de una fisura en el examen físico, se realiza el diagnóstico de fisura anal. Las otras opciones son incorrectas: **a**) El dolor al evacuar es un síntoma habitual de la fisura anal; **b**) Muchas fisuras curan espontáneamente; **c**) El síntoma habitual de presentación de la fisura anal es el dolor y/o el sangrado. El tenesmo no es síntoma de fisura y su presencia debe hacer pensar en otros diagnósticos.

15 La opción correcta es la c.

Los pacientes con fisura anal pueden aliviarse con los baños de asiento y el aumento de fibras de la dieta. Las otras opciones son incorrectas: **a**) El uso de salvado demostró ser incluso mejor que el tratamiento con anestésicos locales en la fisura aguda; **b**) El tratamiento quirúrgico debe reservarse para los casos en que no haya respuesta al tratamiento médico; **d**) Los preparados de uso tópico tienen como principal efecto adverso la sensibilización de la piel.

16 Las opciones correctas son a y b.

a) El síntoma habitual del absceso perianal es el dolor y el desconfort; **b)** Los abscesos, en general, no responden al uso de antibióticos y deben drenarse quirúrgicamente para su curación. Las otras opciones son incorrectas: **c)** Las fistulas se deben con mayor frecuencia al drenaje de un absceso. Las enfermedades como la de Crohn o la tuberculosis deben sospecharse sólo en casos excepcionales; **d)** Los abscesos perianales pueden propagarse en varias direcciones; la propagación vertical y distal hacia el margen anal es la más frecuente.

17 La opción correcta es la c.

En el 50% de los pacientes con prurito anal no se encuentra una etiología definida. Las otras opciones son incorrectas: cada una de las otras causas de prurito explican un pequeño porcentaje de los casos.

18 FALSO.

El tratamiento del prurito anal idiopático suele ser frustrante y poco efectivo, si bien pueden instaurarse algunas medidas que producen cierto alivio. Si hay una etiología definida, el tratamiento de la misma resuelve el problema.

19 S: Prurito anal de algunas semanas de evolución. Empeora por las noches al punto que le perturba el sueño. Tiene antecedentes de hemorroides desde hace años que no le han traído mayores problemas. No tiene antecedentes dermatológicos. Se aplicó Xyloprocto por su cuenta y empeoró.

O: Múltiples excoriaciones en región perianal. No se observan hemorroides. El tacto rectal es normal, así como el resto del examen físico.

E: Prurito anal idiopático agravado por sensibilización cutánea por fármacos. Menos probable, oxiurias.

P: Explico la naturaleza del problema y su evolución. Suspendo Xyloprocto. Indico medidas higiénicas y baños de asiento. Cito en 15 días para ver evolución. Eventual tratamiento empírico para oxiurias.

20 La opción correcta es la c.

Las rectitis no se manifiestan con diarrea. La diarrea está presente en las rectocolitis (inflamación hasta el sigmales) o en las enteritis (lesión difusa de todo el colon). Las otras opciones son incorrectas: los síntomas de rectitis son **a)** Molestia anal, **b)** secreción y **d)** presencia de lesiones.

21 La opción correcta es la d.

Las giardias producen enteritis en los pacientes homosexuales masculinos que practican sexo anal receptivo. Las otras opciones son incorrectas: **a)** la gonorrea, **b)** la sífilis y **c)** las clamidias son causa de rectitis. Las clamidias del linfogranuloma pueden producir rectocolitis.

22 La opción correcta es la d.

Mientras que la colitis ulcerosa de larga data es un factor de riesgo para el desarrollo de carcinoma colónico, no sucede lo mismo con la rectitis ulcerosa, que no predispone al desarrollo de cáncer. Las otras opciones son incorrectas: **a)** Sólo el 15% de los pacientes con rectitis ulcerosa evoluciona hacia la colitis; **b)** Las manifestaciones articulares no son frecuentes en la rectitis y sí en la colitis; **c)** La clínica de la rectitis ulcerosa es inespecífica; de hecho muchas veces se la denomina «rectitis inespecífica», ya que los hallazgos de la biopsia no son patognomónicos y muestran una mucosa rectal inflamada sin un componente específico infeccioso.

23 Las opciones correctas son c y d.

c) La mayoría de los pacientes con proctorrágia leve tiene patología anorrectal; d) La colitis isquémica es causa de hemorragia digestiva baja en mayores de 60 años. Las otras opciones son incorrectas: a) Si el paciente es joven y se encuentra una causa clara de sangrado como en este caso, no requiere otros estudios; b) Si bien las características del sangrado no hacen diagnóstico, la presencia de moco y el tenesmo sugieren enfermedad inflamatoria intestinal. En el sangrado por hemorroides, en general, la sangre no está mezclada con las heces y no hay moco. En la enfermedad diverticular, el sangrado suele ser brusco y abundante sin moco ni tenesmo. La colitis isquémica tampoco suele sangrar con moco y el tenesmo no es habitual.

24 La opción correcta es la d.

Todo paciente mayor de 50 años con proctorrágia debe ser evaluado en forma completa mediante RSC más colon por enema doble contraste o colonoscopía. Las otras opciones son incorrectas: a) Hemos comentado que en un estudio de pacientes mayores de 40 años con proctorrágia y RSC normal la prevalencia de patología no evidenciable por este estudio fue del 41%; b) Nunca hay que atribuir una anemia a hemorroides sangrantes sin descartar diagnósticos de mayor gravedad como el cáncer de colon; c) La mayor parte de los pacientes que consultan por proctorrágia puede estudiarse en forma ambulatoria.

25 FALSO.

La evaluación de un paciente homosexual masculino con síntomas anorrectales debe ser minuciosa, incluso cuando se encuentran causas aparentemente obvias y banales como hemorroides, ya que esta población presenta alta prevalencia de patología infecciosa.

26 FALSO.

En el tratamiento de la rectitis ulcerosa no son necesarios los corticoides sistémicos. En general, la respuesta es buena con el tratamiento local o con sulfasalazina por vía oral.

27 S: Paciente de 57 años. Refiere sangrado rectal en 3 ó 4 ocasiones, de sangre roja rutilante. La sangre no estaba mezclada con las heces. Siente una molestia en la zona rectal. Le parece que la pérdida fue escasa. Tiene hemorroides de larga data con periódicas exacerbaciones de dolor e inflamación. No habían sangrado antes. Habitualmente es constipado y no tiene antecedentes familiares de cáncer de colon.

O: Signos vitales normales sin ortostatismo. Examen físico general normal. Tacto rectal: levemente doloroso. Esfínter con tonicidad normal. Se palpa un tumor que por su consistencia hace pensar en hemorroides. Anoscopía: hemorroides internas. No sangran.

E: Hemorroides internas sangrantes (grado I). ¿Otra patología rectocolónica?

P: Indico baños de asiento, dieta rica en fibras. Decido realizar colonoscopía para descartar otra patología rectocolónica.

28 La opción correcta es la a.

La presentación más común del cáncer de colon derecho es la anemia. No es habitual que estos tumores se presenten con síntomas referidos al tracto digestivo. Las otras opciones son incorrectas: b) Los pacientes con antecedentes de CCR resecado tienen más riesgo que la población general de desarrollar un nuevo CCR. Son los denominados «CCR metacrónicos»; c) La pancolitis ulcerosa de más de 10 años de evolución multiplica por 10 el riesgo de CCR; d) El cáncer de colon izquierdo se presenta un 30% de las veces como una emergencia quirúrgica, ya sea como perforación u oclusión intestinal.

29

La opción correcta es la c.

El concepto de que todos los pólipos se convierten en CCR es erróneo, ya que existen muchos pólipos que no se malignizan. De hecho, estudios basados en autopsias en ancianos muestran que entre el 10 y el 33% tiene pólipos, pero sólo un 2-3% tiene CCR. Las otras opciones son incorrectas: a) La mayoría de los CCR proviene de un pólipos adenomatoso; b) Los pólipos tardan años en malignizarse y hacerse invasores. Esta es la base en la que se sustenta el rastreo, ya que el CCR tiene una fase preclínica en la que el pólipos se maligniza, invade y recién luego produce síntomas; d) El potencial de malignización depende del tipo histológico. El adenoma veloso tiene más potencial maligno que el tubular. También depende del tamaño, ya que a mayor tamaño más potencial de malignización.

30

Las opciones correctas son a y c.

a) La especificidad del guaiaco para el rastreo del CCR es cercana al 90-95%; c) El valor predictivo positivo de la SOMF no supera el 10% en la población general. Esto se explica por la baja prevalencia de la enfermedad en la población con riesgo habitual para CCR. Las otras opciones son incorrectas: b) El riesgo acumulado de falsos positivos de la SOMF en un programa de rastreo de CCR que dure 25 años (entre los 50 y los 75 años) es del 40%. Si bien los falsos positivos del test individual son bajos, a lo largo de 25 años, y aplicado anualmente, la chance de que alguna vez dé positivo es del 40%; d) Todos los procedimientos endoscópicos tienen riesgo de perforar el colon.

31

Las opciones correctas son a y c.

a) La colonoscopía es más sensible que la SOMF para detectar CCR y pólipos; c) El riesgo de perforación es del 0.2% y, además, requiere sedación. Las otras opciones son incorrectas: b) La colonoscopía es más específica que la SOMF; d) A pesar de su alta sensibilidad, igual puede generar falsos negativos.

32

Todas las opciones son correctas.

a) En la actualidad, hay evidencia científica suficiente para el rastreo del CCR en la población asintomática mayor de 50 años con riesgo habitual; b) La SOMF y la RSC son los procedimientos que cuentan con mayor grado de evidencia para ser usados en el rastreo del CCR; c) Los pacientes con riesgo de CCR hereditario (ver criterios en el texto) se benefician con rastreo con colonoscopía (recomendación tipo B); d) Los pacientes con antecedentes de poliposis familiar deben realizar rastreo genético o RSC.

33

Las opciones correctas son a y c.

a) La estrategia recomendada es la realización de SOMF anual o cada 2 años para los pacientes mayores de 50 años con riesgo habitual (recomendación tipo A); c) La otra opción es realizar una RSC cada 5 años en mayores de 50 años (recomendación tipo B). Las otras opciones son incorrectas: b) Aún no existe evidencia suficiente para recomendar la colonoscopía como rastreo inicial en pacientes con riesgo habitual; d) El tacto rectal tiene un valor muy limitado para el rastreo de CCR; su principal utilidad es detectar tumores en el ano y en la parte final del recto.

34

La opción correcta es la a.

La justificación para realizar un rastreo más invasivo o agresivo en individuos de alto riesgo se vincula con el hecho de que la mayor prevalencia de enfermedad en este grupo de pacientes aumenta el valor predictivo positivo de los tests de rastreo. Las otras opciones son incorrectas: b) La mayor parte de los CCR no proviene de personas de alto riesgo sino de casos esporádicos sin antecedentes familiares ni patología predisponente; c) La sensibilidad y especificidad de la SOMF son inherentes al test y no se modifican si se aplican en personas de riesgo habitual o de alto riesgo. Lo que se modifica según la prevalencia de la enfermedad es el valor predictivo positivo; d) La eficacia del rastreo está demostrada para personas de riesgo habitual.

35 **La opción correcta es la c.**

El intervalo de vigilancia luego de la remoción de un pólipos (si no es maligno) es de tres años, ya que la mortalidad es igual que si se realiza cada uno. Las otras opciones son incorrectas.

36 **La opción correcta es la b.**

La anemia no se incluye entre los factores pronósticos del CCR. Sí son pronósticos el estadio, el nivel de CEA y la diferenciación histológica.

37 **VERDADERO.**

Al detectarse un pólipos debe evaluarse al paciente con colonoscopía en busca de sincrónicos. Esto puede obviarse en pólipos hiperplásicos pequeños por su escaso valor patológico.

38 **FALSO.**

La quimioterapia adyuvante es beneficiosa en el CC estadio 3 y asociada con la radioterapia en el CR con riesgo de recidiva.

39 **FALSO.**

La cirugía debe ofrecerse a todos los pacientes que puedan tolerarla y en los que se espera una sobrevida de al menos 2 meses, ya sea con fines curativos o paliativos (tratar o prevenir complicaciones).

F) EJERCITACIÓN FINAL**Caso 1**

Un paciente de 53 años lo consulta para realizar un examen periódico de salud. No presenta antecedentes personales de relevancia. Su madre es hipertensa y tiene artrosis de cadera. Su padre tiene enfermedad coronaria. Usted decide, entre otras acciones preventivas, recomendarle el rastreo del CCR con SOMF.

- 1 ¿Qué debería informarle al paciente en relación con el procedimiento que le está indicando?
- 2 Su paciente regresa a la siguiente consulta y la SOMF es negativa. ¿Cómo continúa su programa de rastreo con este paciente?
- 3 Ahora suponga que la SOMF es positiva. ¿Qué le indica?
- 4 Su paciente es portador de un adenoma hiperplásico único. ¿Qué le informa usted en relación con el riesgo de desarrollar CCR y los estudios que debe realizar?
- 5 Suponga que su paciente presenta un pólipos en el sigmaoides que es resecado por el proctólogo y resulta un adenoma veloso < 2 cm. ¿Cuál es la conducta que se debe aplicar para el adecuado seguimiento en este caso?

Caso 2

Un paciente varón de 36 años concurre a su consultorio. Le cuenta que desde hace 1 semana presenta un dolor intenso al defecar que persiste varias horas. Ha observado sangre en el agua del inodoro que le pareció escasa, y era roja y rutilante. Habitualmente es constipado, pero si le presta atención a la dieta, mejora. En otras ocasiones presentó hemorroides que le prolapsaban, pero se reducían espontáneamente.

- 1 ¿Hay algún otro dato que le interesaría conocer del interrogatorio? ¿Para qué?
- 2 Con los datos que tiene hasta el momento, ¿cuál cree que son los diagnósticos más probables?
- 3 En el examen físico se observa una fisura anal típica y no se realiza tacto por el dolor. ¿Haría algún otro estudio? ¿Por qué?
- 4 ¿Haría una consulta con el especialista? ¿Por qué?
- 5 ¿Qué tratamiento prescribiría?
- 6 Si el paciente fuera un homosexual que practica el sexo anal, ¿en qué cambiaría su conducta en lo que se refiere al diagnóstico?
- 7 Si el paciente fuera mayor de 50 años, ¿en qué cambiaría su conducta en lo que se refiere al diagnóstico?

G) BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Barker LR. **Principles of ambulatory medicine** . 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.

Bell TA, et al. **Centers for Disease Control guidelines for prevention and control of Chlamydia trachomatis infections** . Ann Intern Med 1986; 104(4): 524-6.

Bolton JP, et al. **An assessment of the value of the white cell count in the management of suspected acute appendicitis** . Br J Surg 1975; 62(11): 906-8.

Brunham RC, et al. **Mucopurulent cervicitis: the ignored counterpart in women of urethritis in men** . N Engl J Med 1984; 311(1): 1-6.

Franks AL, et al. **Contraception and ectopic pregnancy risk** . Am J Obstet Gynecol 1990; 163(4 Pt 1): 1120-3.

Goroll AH, et al. **Primary care medicine** . 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott, 1996.

Kahn JG, et al. **Diagnosing pelvic inflammatory disease. A comprehensive analysis and considerations for developing a new model** . JAMA 1991; 266(18): 2594-604.

McCormack WM. **Pelvic inflammatory disease** . N Engl J Med 1994; 330(2): 115-9.

Quan M. **Diagnosis of acute pelvic pain** . J Fam Pract 1992; 35(4): 422-32.

Quan M. **Pelvic inflammatory disease: diagnosis and management** . J Am Board Fam Pract 1994; 7(2): 110-23.

Senanayake P et al. **Contraception and etiology of pelvic inflammatory disease: new perspectives** . Am J Obstet Gynecol 1980; 138: 852-60.

Sonnenberg A, et al. **Cost-effectiveness of colonoscopy in screening for colorectal cancer** . Ann Intern Med 2000; 133(8): 573-84.

Towler B, et al. **A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, hemoccult** . BMJ 1998; 317(7158): 559-65.

H) RESPUESTAS A LA EJERCITACIÓN FINAL

Caso 1

- 1 Usted debe informarle que va a realizarle un procedimiento no invasivo que no le acarreará molestias y que sirve para la detección temprana de CCR. No obstante, hay que explicarle que el test no es perfecto y que puede dar positivo sin que esto signifique necesariamente que está enfermo. También hay que explicarle que de ser positiva la SOMF, deberá someterse a un estudio invasivo que conlleva molestias y algunos riesgos (riesgo de perforación por colonoscopía). El paciente debe saber también que de ser negativa la SOMF, este estudio debe repetirse anualmente para acotar el riesgo de los falsos negativos. El programa deberá continuarse por 20-25 años.
- 2 Si la SOMF es negativa, debe continuarse con SOMF anual o RSC cada 5 años.
- 3 Si la SOMF es positiva, debe evaluarse todo el colon, ya sea con colonoscopía o con RSC más colon por enema.
- 4 Hay que informarle al paciente que el tener un adenoma hiperplásico no le aumenta el riesgo de CCR y que su vigilancia posterior es igual a la de la población que no tiene pólipos. Es decir, el paciente continúa su programa de rastreo igual que la población general.
- 5 El paciente debe recibir colonoscopía de vigilancia cada 3 años. Luego de una colonoscopía absolutamente normal puede vigilarse cada 5 años. Para ser estrictos, debemos decir que este paciente "sale del programa de rastreo", ya que en realidad los estudios que se le realizan tienen que ver con el control de una enfermedad (vigilancia del pólipos).

Caso 2

- 1 Un dato que habría que rescatar tiene que ver con los hábitos sexuales: si tiene relaciones sexuales anales sin preservativo, si su pareja ha presentado lesiones. Este dato es importante porque el enfoque diagnóstico cambia en estos pacientes, ya que tienen alta prevalencia de patología venérea que puede presentarse engañosamente como patología banal. Es importante recabar la presencia o no de síntomas rectales (tenesmo) o colónicos (dolor abdominal o diarrea) a fin de acotar los diagnósticos diferenciales.
- 2 El diagnóstico más probable es fisura anal (dolor intenso al defecar que persiste horas y sangrado escaso con sangre roja y rutilante). No puede descartarse con los datos que tenemos hasta ahora la presencia de hemorroides. Otros diagnósticos, como pólipos o cáncer, son menos probables debido a que, en general, no duelen y el cáncer no es frecuente a los 36 años.
- 3 Si el paciente no es homosexual, uno puede quedarse razonablemente tranquilo con el diagnóstico y no realizar más estudios.

- 5 No. El tratamiento de las fisuras agudas es resorte del médico de familia. Por otro lado, el paciente no requiere estudios especializados.
- 6 Deben prescribirse baños de asiento tibios con un puñado de sal en el agua tres o cuatro veces al día. Además, debe corregirse la constipación con la dieta o laxante de volumen, e indicarse una crema con corticoides y pramoxina. Si fuera un paciente homosexual, habría que descartar causas venéreas como la sífilis y el herpes. En un paciente homosexual, aunque la fisura sea típica, la etiología infecciosa debe considerarse seriamente.
- 7 En un mayor de 50 años, la proctorrágia obliga a descartar causas serias, aunque aparezca una causa banal y obvia de sangrado. Una vez aliviado el dolor, el paciente debe ser evaluado con RSC más colon por enema o colonoscopía.