Resumen de las recomendaciones

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA DE RECTORRAGIA

EPIDEMIOLOGÍA

Valores predictivos positivos (VPP)

B El VPP de la rectorragia para el cáncer colorrectal en AP se estima entre el 5-15% y en las consultas de AE hasta de un 40%.

B El VPP de la rectorragia para cáncer colorrectal aumenta con la edad, con el cambio del ritmo de las deposiciones y con la presencia de sangre mezclada con las heces.

Causas

✔ Las causas más frecuentes de rectorragia en la consulta de AP son las hemorroides y la fisura anal.

✔ Entre las personas mayores de 40 años aumentan los pólipos, los divertículos y el cáncer colorrectal, pero las causas más frecuentes de rectorragia continúan siendo las hemorroides y la fisura anal.

PROCESO DIAGNÓSTICO

Edad

✔ La edad de 50 años, a partir de la cual el valor diagnóstico de la rectorragia para el cáncer colorrectal aumenta, es un buen punto de corte para el proceso de toma de decisiones diagnósticas.

Historia personal y familiar

A En pacientes de cualquier edad, la historia personal o familiar de pólipos y enfermedades relacionadas son un factor de riesgo para desarrollar cáncer colorrectal.

Características de la rectorragia

✔ La presencia de sangre roja oscura o sangre mezclada con las heces, particularmente si se acompaña de un cambio del ritmo de las deposiciones y ausencia de quemazón, picor y/o dolor anal, nos ha de hacer sospechar un cáncer colorrectal.

Exploración física

✔ Es conveniente, aprovechando que el paciente está en la camilla, y previamente a la exploración anorrectal, valorar la posible existencia de palidez cutáneo-mucosa y explorar el abdomen.

Exploración anorrectal

✔ Una vez descartada la gravedad de la rectorragia y la sospecha de una enfermedad grave, a todo paciente con rectorragia, con independencia de la edad, se le debe realizar una exploración anal y un tacto rectal.

✔ En la inspección anal se ha de valorar la existencia de lesiones perianales, fístulas, fisuras, abscesos, hemorroides externas y/o procesos prolapsantes a través del canal anal. En el tacto rectal se ha de valorar la presencia de masas.

TÉCNICAS Y/O PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

✔ La anuscopia es una técnica que permite el diagnóstico de las enfermedades anorrectales más frecuentes. En condiciones adecuadas se podría realizar en las consultas de AP.

B La colonoscopia se considera una prueba de elección en el diagnóstico del paciente con rectorragia para descartar la presencia de pólipos o cáncer colorrectal.

✔ Una colonoscopia se considera completa cuando llega al ciego y visualiza la válvula ileocecal.

✔ El enema opaco no se considera un método diagnóstico de elección para las afecciones colorrectales en caso de rectorragia.

✔ La radiografía de abdomen no está indicada en el estudio del paciente con rectorragia. Sí que nos puede dar información en caso de obstrucción y/o isquemia intestinal.

AP: atención primaria; AE: atención especializada.

A B C D Grado de recomendación ✔ Recomendación por consenso del grupo de trabajo

ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES ASOCIADAS A LA RECTORRAGIA

HEMORROIDES

Medidas higiénico-dietéticas

A El tratamiento con fibra dirigido a aumentar y reblandecer el bolo fecal disminuye el dolor, el prolapso y el sangrado de las hemorroides.

✔ La ingesta de líquidos, la aplicación de hielo, la higiene local y la actividad física diaria, son medidas higiénico-dietéticas que pueden ser efectivas en el tratamiento de las hemorroides.

Tratamiento farmacológico

✔ Los preparados tópicos con corticoides y anestésicos inicialmente pueden aliviar la sintomatología, aunque se han de limitar a períodos cortos de tiempo (una semana).

B La diosmina parece disminuir el tiempo de duración del sangrado en los episodios agudos de hemorroides.

Tratamiento quirúrgico

✔ El tratamiento quirúrgico está indicado en aquellas personas con hemorroides que no responden a las medidas higiénico-dietéticas ni al tratamiento farmacológico.

B La ligadura con banda elástica se muestra superior al resto de técnicas de cirugía menor.

A La hemorroidectomía es más eficaz que las técnicas de cirugía menor.

A La mucosectomía circunferencial se ha mostrado superior a la hemorroidectomía convencional.

B Las técnicas de cirugía menor están indicadas en las hemorroides internas grados I-III.

A La hemorroidectomía está indicada en las hemorroides de grado IV y en aquellos pacientes que no responden a técnicas de cirugía menor.

FISURA ANAL

Medidas higiénico-dietéticas

B El tratamiento con fibra es beneficioso en la prevención de las fisuras y de sus recurrencias.

B El tratamiento con fibra y otras medidas higiénico-dietéticas alivian los síntomas de la fisura.

B Las medidas higiénico-dietéticas se han mostrado superiores a los tratamientos anestésicos y corticoides tópicos.

Tratamiento farmacológico

A Los nitratos tópicos son superiores a los preparados de anestésicos y corticoides tópicos en el tratamiento de las fisuras anales agudas.

A Los nitratos tópicos son eficaces en el tratamiento de las fisuras anales crónicas.

A La toxina botulínica es eficaz en el tratamiento de las fisuras anales crónicas.

A La toxina botulínica es más eficaz que los nitratos tópicos.

✔ Ni los nitratos tópicos ni la toxina botulínica tienen la indicación registrada en nuestro país para el tratamiento de las fisuras anales.

Tratamiento quirúrgico

✔ El tratamiento quirúrgico está indicado en aquellas personas con fisuras crónicas que no responden a las medidas higiénico-dietéticas ni al tratamiento farmacológico.

A La esfinterotomía lateral interna es la técnica quirúrgica más eficaz en el tratamiento de las fisuras crónicas.

C El tratamiento quirúrgico parece superior al tratamiento médico en el tratamiento de las fisuras crónicas.

A B C D Grado de recomendación ✔ Recomendación por consenso del grupo de trabajo