

# The value of colonoscopy to assess rectal bleeding in patients referred from Primary Care Units

A. Sánchez, C. Muñoz, L. Bujanda<sup>1</sup>, C. Iriondo, A. Gil-Molet, A. Cosme<sup>1</sup>, C. Sarasqueta<sup>1</sup> and M. Echenique-Elizondo<sup>2</sup>

Department of Gastroenterology. Hospital San Eloy. Baracaldo. <sup>1</sup>Hospital Donostia. San Sebastián. <sup>2</sup>School of Medicine. Basque Country University. San Sebastián. Guipúzcoa, Spain

## ABSTRACT

**Objectives:** rectal bleeding is very common in the general population. It is produced mainly because of benign disease originating in the anus and the rectum. Our aim was to evaluate the need for colonoscopy in patients presenting with rectal bleeding.

**Patients and methods:** patients referred from Primary Care Units and complaining of rectal bleeding were included prospectively in a three-month study. All patients underwent a careful medical history along with physical examination, laboratory tests, and colonoscopy.

**Results:** 126 patients with a mean age of 49.2 years (range: 19-80) were studied. Rectal digital examination was abnormal in 75 cases (59.5%). Severe disease was encountered in 22 patients (neoplasm, angiodysplasia, and inflammatory bowel disease); 10 patients had polyps, 6 had colorectal cancer, and 6 had inflammatory bowel disease. Out of 63 patients younger than 50 years, 5 had severe disease, all of them in the form of inflammatory bowel disease.

**Conclusions:** a neoplasm of the rectum and colon in patients younger than 50 years is a rare event. A colonoscopy must be performed in this group of patients to rule out inflammatory bowel disease.

**Key words:** Rectal bleeding. Age. Colonoscopy. Primary Care Units.

---

Sánchez A, Muñoz C, Bujanda L, Iriondo C, Gil-Molet A, Cosme A, Sarasqueta C, Echenique-Elizondo M. The value of colonoscopy to assess rectal bleeding in patients referred from primary care units. *Rev Esp Enferm Dig* 2005; 97: 870-876.

---

---

Recibido: 15-04-05.  
Aceptado: 28-06-05.

Correspondencia: Miguel Echenique Elizondo. Facultad de Medicina. UD San Sebastián. Paseo Dr. Beguiristáin, 105. 20014 San Sebastián. Guipúzcoa. e-mail: gepecelm@sc.ehu.es

## BACKGROUND

Rectal bleeding is a common consultation reason in Primary Care as well as in Gastroenterology clinics. In a review carried out in 1992 the incidence of rectal bleeding in the general population medical records was 20% in the year before consultation, 7-16% in the previous six months and 2% (1-3) in the last two weeks. However, the true incidence can be higher than these figures because patients do not check usually their stool in toilets (4). Despite this high incidence, different studies estimate that only 13 to 45% of patients complaining from rectal bleeding consult, with the younger population being more concerned than the older one (5,6). It has been estimated that 4-6 cases of rectal bleeding per 1,000 medical visits are seen by family doctors, and 0.8 are referred to the specialist (1). In our own experience with unpublished data in a specialized clinic we found that out of 309 patients referred for the first time, 29 had rectal bleeding (9%).

In patients older than 50, endoscopy (sigmoidoscopy-colonoscopy) is advised because of a higher risk of severe disease, mainly colorectal cancer (CRC).

In subjects younger than 40 and presenting with rectal bleeding without other risk factors and benign disease on clinical examination, the latest recommendations including one from the Spanish Association of Gastroenterology do not advise routine endoscopic examination (7). Anuscopy is advised only in the case of non-evident anal disease. In this group of patients the majority presents with benign anorectal disease (fissuration or hemorrhoids) and very exceptionally with IBD or neoplasms.

Our aim is to evaluate the cause of rectal bleeding on patients referred from Primary Care Units and the true value of endoscopy in this group of patients.

## PATIENTS AND METHODS

For a three-month period of time all patients referred because of rectal bleeding from Primary Care Units to

our specialized Department were included prospectively. Our medical attention area comprised 133,000 inhabitants. All patients received full medical recording, physical examination, and basic blood testing (glucose, BUN, creatinine, AST, ALT, electrolytes, cell-count, hemoglobin, ESR, and coagulation status). Patients suffering from severe rectal bleeding with poor hemodynamic status, those who had previously consulted for rectal bleeding, and those who had a previous barium examination or colonoscopy were excluded from the study.

Rectal bleeding was classified into groups: benign, when in the starting of defecation; terminal, after cleansing maneuvers and when paper deposits existed, or dropping after evacuation, and mixed, when found within stools. Patients were asked to report the number of previously observed episodes, and the existence of associated factors to bleeding. Such factors included: diarrhea (3 or more depositions per day), constipation (3 or less depositions per day), drug intake and existence of previous radiation therapy. A rectal digital examination was considered normal when no disease could be found in association to visual examination.

All patients received a total colonoscopic examination after informed consent and the signing of an agreement form.

Bowel preparation was done by mean of a phosphate-soda compound (8). Colonoscopy was performed under sedation (midazolam and buscapine).

The endoscopic diagnosis was considered positive and severe in the presence of polyps larger than 0.5 cm, CRC, IBD, or angiodysplasia. In the remaining it was considered negative or non-severe.

Patients-at-risk were considered those with a direct family history of CRC (parents, brother and sisters, children), coumarin intake, severe changes in blood coagulation tests, abdominal pain, changes in bowel habits, immunosuppressed patients –AIDS– and severe associated diseases; kidney, liver or heart failure, or coagulation diseases. HBP, diabetes and dyslipidemia were not considered risk factors. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and other medications were considered on a case-by-case basis.

This protocol was approved by the Ethics Committee of the Hospital.

## Statistics

A  $\chi^2$  test was employed for dicotomic parameters. Student's *t* was used for continuous parameters. Values with a  $p < 0.05$  were considered significant.

## RESULTS

One hundred and thirty-six patients who fulfilled the described criteria were included in the study. Ten were

excluded because of colonoscopy refusal (6) or a previous consultation for rectal bleeding (4).

Out of 126 included, 80 were men and 46 were women. Median age was of 49.2 years (range:19-80). Sixty-three were older than 50 years. Rectal bleeding was benign in 109 (86.5%) and mixed with stools in 17 (13.5%) patients. The anal digital examination was normal in 57 (40.5%) and abnormal in 75 (59.5%) (Table I). Average time of rectal bleeding history was 10 months (range:1-120), and 47.6% of cases (59 patients) presented with less than 6 episodes of bleeding. In 85 patients (67.5%) no previous triggering factors could be described. In the remaining 41 patients (32.5%), most common factors were: constipation in 27, diarrhea in 7, both mixed in 4, drug intake-associated diarrhea in 2, and previous radiation therapy in 1. In 36 patients (28.5%) associated risk factors could be identified: 12 had a family history of CRC, 9 severe diseases, 8 abdominal pain or changes in bowel habits, 6 had blood test changes (anemia, elevated ESR, elevated fibrinogen, and in one case because of a constitutional syndrome). Patients taking non-steroid anti-inflammatory drugs were 22, and 41 patients were on some form of medication (more than 4 days a week).

Colonoscopy –complete and up to the cecum– was performed in 104 patients (82.5%), and severe disease was found in 22: 10 with large polyps, 6 with CRC, and 6 with IBD (Table II). Patients older than 50 years and those with associated risk factors showed a higher risk ( $p < 0.05$ ). Neither the evolution time of rectal bleeding nor digital examination were associated with a higher risk of severe disease.

**Table I. Rectal examination findings according to age**

Findings	≤ 50 years	> 50 years	No. patients (%)
None	27 (42.8%)	24 (38%)	51 (40.5%)
Internal hemorrhoids	24 (38%)	20 (31.7%)	44 (35%)
External hemorrhoids	6 (9.5%)	10 (15.8%)	16 (13%)
Mixed hemorrhoids	3 (4.7%)	6 (9.5%)	9 (7%)
Anal fissure	2 (3.1%)	3 (4.7%)	5 (4%)
Internal hsemorrhoids, *anal fistula	1 (1.5%)		1 (0.5%)

Ten patients had polyps 0.5-5 cm in size –2 in the rectum, 7 in the sigmoid, and 1 in the right colon. CRC was found in the rectum (3) and the sigmoid (3). In 20 patients, diverticula were present (18 had more than 50 years of age). Older-age patients had a significantly higher risk for diverticular disease ( $p < 0.05$ ).

Out of 63 patients younger than 50 years, 27 had a normal digital and visual anal examination. Colonoscopy findings in this group included: 22 internal hemorrhoids, 1 mixed-hemorrhoid, 2 ulcerative colitis (one with rectal and one with rectal and sigmoid involvement), 1 small polyp in one, and a lymphoid hyperplasia of the ileum in

**Table II. Risk factors, seriousness of disease, and localization according to age**

Age	≤ 50 years	> 50 years
Risk factors	12 (19%)	24 (63%)
FH of CRC	8	4
Laboratory changes	3	3
Severe diseases	1	8
Pain or IH changes	0	8
Constitutional syndrome	0	1
NSAIDs	4 (6%)	18 (29%)
Other medications	8 (12%)	33 (52%)
Seriousness of disease	5 (8%)	17 (23%)
EII1	5	1
Tumoral polyps	0	10
CRC	0	6
Localization of disease		
Rectum	4 (80%)	5 (29%)
Sigmoid colon	1 (20%)	10 (59%)
Left colon		
Transverse colon		
Right colon		2 (12%)

another. Among this group of 63 patients, two had diverticula and 7 (11%) micropolyps (3 in the rectum, 3 in the sigmoid, and 1 in the transverse colon). None had polyps larger than 5 mm in diameter.

In the group of patients older than 50 years –63– the digital rectal examination was normal in 24 (38%) and abnormal in 39 (62%) (Table I). In the group of 24 patients (38%) with a normal digital and visual anal examination, endoscopy demonstrated internal hemorrhoids in 16 (67%) and severe disease in 8 (33%) –2 with CRC (both in the rectum, at 9 and 0 cm) and 6 polyps from 1 to 5 cm in size, located one in the rectum and 5 in the sigmoid colon. In the group of 39 (62%) with a normal digital and visual anal examination, severe disease was found in 9 (23%) instances: 4 patients had CRC (one in the rectum and three in the sigmoid), 4 patients had polyps (one in the rectum, two in the sigmoid, and one in the right colon, 0.5 to 2 cm in size), one patient had ulcerative colitis involving the cecum –ileal biopsies were normal. Of these 63 patients 18 (29%) had diverticula and 9 (14%) had micropolyps (2 in the rectum, 3 in the sigmoid, 1 in the transverse colon, 1 in the cecum, and 2 all over the colon). None presented with CRC or polyps measuring more than 5 mm in size.

## DISCUSSION

The most common cause of rectal bleeding in all age groups and in published series are hemorrhoids, ranging from 27 to 72% (9,10) according to various authors. In our study group 55% of patients had demonstrable hemorrhoids. Another cause observed in patients older than 40 years were polyps, their incidence ranging from 13 to 22%,

and CRC, seen in 1.2 to 22% of cases (11,12). In our study we found no polyps or CRC in patients younger than 51 years, but as many as 16% of patients older than 50 years had polyps, and 9.5% had CRC. The risk associated with CRC development includes age (more than 50 years) and blood mixed with stools (1-3,5-7,9-14). The majority of authors agree that the number of episodes of rectal bleeding (more than 5) and the amount of discharge (> 5 cc) cannot be considered risk factors (2, 12). Other risk factors that remain controversial include: decreased stool caliber (12) and recentness of bleeding (2). Most studies do not include other risk factors such as non-steroid anti-inflammatory drugs, a history of abdominal pain, or fever.

IBD was the second cause of severe disease encountered in this study in young people –younger than 51 years (8%). Some authors report a prevalence of this disease between 6 and 16% of all patients with rectal bleeding (15).

Other causes producing rectal bleeding include ulcerative colitis, diverticular disease, and diseases of vascular origin, mainly angiodysplasia. We found no cases of ischemic colitis or angiodysplasia, probably because patients with severe bleeding were referred directly to the Hospital's Emergency Room and not to our clinic. Diverticular disease was a common finding in the older-age group of patients. However, bleeding could not be attributable to diverticular disease in any case. In the study by Acosta et al. (15), the presence of diverticula was observed in 2% of patients younger than 40 years, a figure similar to our results (3% in those younger than 51 years).

We also observed, as is known, that in a large majority of instances (91%) the cause of bleeding was distal to the splenic angle and mostly in the rectum and sigmoid colon (9,14,16,17). In some series this figure reaches 95% (9). In this study only one patient complaining of rectal bleeding had a polyp proximal to the splenic angle in the right colon. In the remaining patients the disease was located in the rectum and sigmoid colon (15 cases).

In conclusion, it is our opinion that, in patients with rectal bleeding older than 50 years and in those associated with age-independent risk factors, endoscopy must be performed at least up to the splenic angle. In patients younger than 50 years a rectoscopy should be performed to rule out IBD.

## REFERENCES

1. Fijten GH, Blijham GH, Knottnerus JA. Occurrence and clinical significance of overt blood loss per rectum in the general population and in medical practice. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 320-5.
2. Helfand M, Marton KI, Zimmer-Gembeck MJ, Sox HC. History of visible rectal bleeding in a primary care population. Initial assessment and 10-year follow-up. *JAMA* 1997; 277: 44-8.
3. Dent OF, Goulston KJ, Tennant CC, Langeludde P, Mant A, Chappuis PH, et al. Rectal bleeding: patient delay in presentation. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 851-7.
4. Kang JY, Rink E, Sundaram KK, Hartley I. Factors associated with the frequency of stool examination: effect on incidence of reported rectal bleeding. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003; 15: 531-3.

5. Talley NJ, Jones M. Self-reported rectal bleeding in a United States community: prevalence, risk factors, and health care seeking. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 2179-83.
6. Sladden MJ, Thomson AN, Lombard CJ. Rectal bleeding in general practice patients. *Aust Fam Physician* 1999; 28: 750-4.
7. Alonso P, Marzo M, Mascort JJ, Hervas A, Vinas L, Ferrus J, et al. Clinical practice guidelines for the management of patients with rectal bleeding. *Gastroenterol Hepatol* 2002; 25: 605-32.
8. Bujanda L, Muñoz C, Sánchez A, Iriondo C, Ramos F, Sánchez-Llona B, et al. Tolerance to and colon cleansing with 2 preparations. Polyethylene glycol or sodium phosphate. *Gastroenterol Hepatol* 2001; 24: 9-12.
9. Shinya H, Cwern M, Wolf G. Colonoscopic diagnosis and management of rectal bleeding. *Surg Clin North Am* 1982; 62: 897-903.
10. Goulston KJ, Cook Y, Dent OF. How important is rectal bleeding in the diagnosis of bowel cancer and polyps? *Lancet* 1986; 261-5.
11. Pines A, Shemesh E, Bat L. Prolonged rectal bleeding associated with hemorrhoids: The diagnostic contribution of colonoscopy. *South Med J* 1987; 80: 313-4.
12. Van Rosendaal GMA, Sutherland LR, Verhoef MJ, Bailey RJ, Blustein PK, Lalor EA, et al. Defining the role of fiberoptic sigmoidoscopy in the investigation of patients presenting with bright red rectal bleeding. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 1185-7.
13. Mant A, Bokey EL, Chapues PH, Killingback M, Hughes W, Koorey SG, et al. Rectal bleeding. Do other symptoms aid in diagnosis? *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 191-6.
14. Toomey P, Aimakopoulos G, Zbar A, Kmíot W. "One-stop" rectal bleeding clinics without routine flexible sigmoidoscopy are unsafe. *Ann R Coll Surg Engl* 1998; 80: 131-3.
15. Acosta JA, Fournier TK, Knutson CO, Ragland JJ. Colonoscopic evaluation of rectal bleeding in young adults. *Ann Surg* 1994; 60: 903-6.
16. Church JM. Analysis of the colonoscopic findings in patients with rectal bleeding according to the pattern of their presenting symptoms. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 391-5.
17. Segal WN, Greenberg PD, Rockey DC, Cello JP, McQuaid KR. The outpatient evaluation of hematochezia. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 179-82.

## Utilidad de la colonoscopia en pacientes derivados desde Atención Primaria por rectorragia

A. Sánchez, C. Muñoz, L. Bujanda<sup>1</sup>, C. Iriondo, A. Gil-Molet, A. Cosme<sup>1</sup>, C. Sarasqueta<sup>1</sup> y M. Echenique-Elizondo<sup>2</sup>

*Servicio de Aparato Digestivo. Hospital San Eloy. Baracaldo. <sup>1</sup>Hospital Donostia. San Sebastián. <sup>2</sup>Facultad de Medicina. Unidad Docente de San Sebastián. Guipúzcoa*

### RESUMEN

**Objetivos:** la rectorragia es frecuente en la población general. En la mayoría de las ocasiones está producida por patología anorrectal benigna. Nuestro objetivo era determinar la necesidad de realizar pruebas endoscópicas en pacientes con rectorragia.

**Pacientes y métodos:** se incluyeron de forma prospectiva durante tres meses todos los pacientes que eran derivados desde la Atención Primaria por rectorragia. En todos los pacientes se realizó historia clínica y exploración física que incluía tacto rectal, analítica básica y una colonoscopia.

**Resultados:** se incluyeron 126 pacientes con una edad media de 49,2 años (19-80). El tacto rectal fue anormal en 75 (59,5%). En 22 pacientes se encontró patología severa o positiva (lesiones neoplásicas, angi displasias y enfermedad inflamatoria intestinal); 10 pacientes pólipos, en 6 cáncer colorrectal y en 6 enfermedad inflamatoria intestinal. De los 63 pacientes menores de 50 años, 5 presentaron patología severa todos ellos con enfermedad inflamatoria intestinal.

**Conclusiones:** la patología neoplásica en menores de 50 años con rectorragia es rara. Se debe realizar una rectoscopia en este grupo de edad para descartar una enfermedad inflamatoria intestinal.

**Palabras clave:** Rectorragia. Edad. Colonoscopia. Atención Primaria.

### INTRODUCCIÓN

La rectorragia o emisión de sangre roja por el ano es un motivo frecuente en las consultas de Atención Primaria y en las consultas de los especialistas en Aparato Digestivo. En una revisión realizada en 1992 se estimó que la frecuencia de rectorragia en la población general durante el año anterior a la realización de la historia clínica era del 20%, en los últimos 6 meses del 7-16% y en las últimas dos semanas del 2% (1-3). No obstante, la verdadera frecuencia de la rectorragia probablemente sea más elevada, ya que las personas no siempre examinan sus heces o el papel higiénico (4). A pesar de la elevada frecuencia de la rectorragia, los diferentes estudios estiman que sólo entre el 13 y el 45% de los pacientes con rectorragia consultan al médico y que los jóvenes son los que más consultan (5,6). Se calcula que por cada 1.000 consultas que atiende el médico de familia, de 4 a 6 son por rectorragia y que 0,8 son derivadas a la atención especializada (1). En nuestras consultas externas de atención especializada (datos no publicados), de 309 pacientes enviados por primera vez desde la Atención Primaria 29 lo eran por rectorragia (9%).

En los pacientes con rectorragia mayores a 50 años se aconseja la realización de alguna prueba endoscópica (sigmoidoscopia-colonoscopia) por el riesgo de presentar lesiones importantes en el colon, fundamentalmente el cáncer colorrectal (CCR).

En los pacientes menores de 40 años con rectorragia sin factores de riesgo y patología benigna en la inspección y/o tacto rectal, la mayoría de los estudios y guías de práctica clínica como la última publicada por la Asociación Española de Gastroenterología, aconsejan no realizar pruebas endoscópicas (7). En caso de no encontrar patología anal se recomienda realizar una anoscopia. En este grupo de pacientes la mayoría de las veces se debe a patología benigna anorrectal (hemorroides y fisuras), y excepcionalmente, a patología colónica severa como enfermedad inflamatoria intestinal y tumores malignos.

Nuestro objetivo era determinar la etiología de la rectorragia en pacientes derivados desde Atención Primaria y la utilidad de la colonoscopia en estos pacientes.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Se incluyeron de forma prospectiva durante tres meses todos los pacientes que eran derivados desde Atención Primaria por rectorragia. La población en nuestra área de salud es de 133.000 habitantes. En todos los pacientes se realizó una historia clínica y exploración física que incluía tacto rectal, así como una analítica básica (glucosa, urea, creatinina, AST, ALT, iones), hemograma, velocidad de sedimentación globular y coagulación. Se excluyeron los pacientes con rectorragia severa o masiva (inestabilidad hemodinámica), los pacientes que habían consultado previamente por rectorragia o aquellos pacientes a los que se les había estudiado previamente el colon con alguna prueba endoscópica o radiológica.

La rectorragia era clasificada en dos tipos, benigna cuando era inicial; terminal cuando la sangre se depositaba en el papel higiénico o en forma de gotas tras la deposición; y mezclada cuando la sangre estaba mezclada con las heces. A los pacientes se les preguntaba por el número de episodios de rectorragia y la existencia de desencadenantes. Se consideraron factores desencadenantes la diarrea (3 o más deposiciones al día), el estreñimiento (3 o menos deposiciones a la semana), los fármacos y la radioterapia. El tacto rectal era considerado normal cuando no se objetivaba patología en la inspección anal y en el tacto rectal.

A todos los pacientes se les indicaba realizar una colonoscopia total. Aquellos que la aceptaban firmaban un consentimiento de la exploración por escrito.

La preparación de la colonoscopia se realizaba con fosfosoda (8). La colonoscopia se realizaba con sedación (midazolán y buscapina).

El diagnóstico endoscópico era considerado como positivo o severo cuando los pacientes presentaban pólipos mayores a 0,5 cm, CCR, enfermedad inflamatoria intesti-

nal o angiodisplasias. En el resto de los casos se consideraba negativa o no severa.

Se consideraron pacientes de riesgo aquellos con antecedentes familiares directos de CCR (padres, hermanos o hijos), los que tomaban anticoagulantes, pacientes con alteraciones analíticas, los que asociaban dolor abdominal o alteración en el ritmo intestinal, los pacientes inmunodeprimidos (virus de la inmunodeficiencia humana) y los pacientes que asociaban enfermedades graves (cardiopatía, insuficiencia renal, hepatopatía, coagulopatía). No se consideraron como factores de riesgo la hipertensión arterial, diabetes y dislipemia. La toma de antiinflamatorios no esteroideos u otros fármacos se analizó de forma separada.

El protocolo era aprobado por el comité de ensayos de nuestro hospital.

## Análisis estadístico

La  $\chi^2$  era utilizada para variables dicotómicas. La t de Student era utilizada para variables continuas. Valores de  $p < 0,05$  eran consideradas como estadísticamente significativos.

## RESULTADOS

En total se incluyeron 136 pacientes derivados desde Atención Primaria por rectorragia. De ellos se excluyeron 10 pacientes, 6 por no aceptar la realización de la colonoscopia y 4 por haber consultado previamente por esta patología.

De los 126 pacientes incluidos, 80 eran hombres y 46 mujeres. La edad media fue de 49,2 años (19-80), de ellos 63 pacientes eran mayores de 50 años. La rectorragia fue benigna en 109 (86,5%) y mezclada con las heces en 17 (13,5%). El tacto rectal fue normal en 57 (40,5%) y anormal en 75 (59,5%) (Tabla I). El tiempo medio de comienzo de la rectorragia fue de 10 meses (1-120 meses) y el 47,6% de los pacientes (59 pacientes) tenían menos de 6 episodios de rectorragia. En 85 pacientes (67,5%) no hubo desencadenante previo. En el resto, 41 pacientes (32,5%), los desencadenantes más frecuentes fueron: en 27 estreñimiento, en 7 diarrea, en 4 alternancia diarrea-estreñimiento, en 2 fármacos y en uno radioterapia. En 36 pacientes (28,5%) había factores de riesgo: 12 antecedentes familiares de CCR, 9 enfermedades graves, 8 dolor abdominal o alteración del ritmo intestinal, 6 alteraciones analíticas (3 anemia, uno velocidad de sedimentación globular alta y uno fibrinógeno alto) y en un paciente síndrome constitucional. Los pacientes que tomaban AINE, intermitentemente o de forma continua, eran 22 y 41 pacientes tomaban algún tipo de fármaco de forma periódica (más de 4 días a la semana).

En 104 pacientes (82,5%) se realizó colonoscopia completa hasta ciego, encontrando en 22 patología severa: en 10 pólipos, en 6 CCR y en 6 EII (Tabla II). Los pacientes mayores de 50 años y aquellos con factores de

**Tabla I. Hallazgos en la inspección y tacto rectal según la edad**

Hallazgos	≤ 50 años	> 50 años	Nº pacientes (%)
Ninguno	27 (42,8%)	24 (38%)	51 (40,5%)
Hemorroides internas	24 (38%)	20 (31,7%)	44 (35%)
Hemorroides externas	6 (9,5%)	10 (15,8%)	16 (13%)
Hemorroides mixtas	3 (4,7%)	6 (9,5%)	9 (7%)
Fisura anal	2 (3,1%)	3 (4,7%)	5 (4%)
Hemorroides internas + orificio fistuloso	1 (1,5%)		1 (0,5%)

**Tabla II. Factores de riesgo, patología grave y su localización según la edad**

Edad	≤ 50 años	> 50 años
Factores de riesgo	12 (19%)	24 (63%)
AF de CCR	8	4
Alteraciones analíticas	3	3
Enfermedades graves	1	8
Dolor o alter RI	0	8
S. constitucional	0	1
AINE	4 (6%)	18 (29%)
Otros fármacos	8 (12%)	33 (52%)
Patología grave	5 (8%)	17 (23%)
EII1	5	1
Tumoral pólipos	0	10
CRC	0	6
Localización de la patología		
Recto	4 (80%)	5 (29%)
Sigma	1 (20%)	10 (59%)
Colon izquierdo		
Colon transverso		
Colon derecho		2 (12%)

riesgo tenían más riesgo de presentar patología neoplásica de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Ni el tiempo de evolución de la rectorragia ni los hallazgos en el tacto rectal se asociaron con un mayor riesgo de presentar patología severa.

En 10 pacientes se diagnosticaron pólipos entre 0,5 y 5 cm de tamaño y su localización fue 2 en recto, 7 en sigma y uno en colon derecho. La localización de los CCR fue 3 en recto y 3 en sigma. En 20 pacientes se diagnosticaron divertículos en el colon (18 de ellos tenían más de 50 años), los pacientes mayores de 50 años tenían de forma significativa más divertículos ( $p < 0,05$ ).

De los 63 pacientes menores de 50 años, 27 tenían un tacto rectal e inspección anal normal. Los hallazgos endoscópicos en estos pacientes fueron: en 22 hemorroides internas, en 1 hemorroides mixtas, en 2 colitis ulcerosa (uno con afectación rectal y otro recto-sigmoidea), en un paciente un micropólipo y en otro una hiperplasia linfoides en íleon. De los 36 pacientes menores de 50 años con tacto e inspección anormal, en 3 se diagnosticó colitis ulcerosa (2 con afectación rectal y otro con afectación recto-sigmoidea). De los 63 pacientes dos tenían divertícu-

los en el colon y 7 (11%) micropólipos (3 en recto, 3 en sigma y uno en colon transversal), ninguno tenía pólipos mayores de 5 mm.

De los 63 pacientes mayores de 50 años, el tacto rectal fue normal en 24 (38%) y anormal en 39 (62%). En la tabla I se reflejan los hallazgos de la inspección y tacto rectal. De los 24 pacientes (38%) con tacto rectal e inspección anal normal los hallazgos endoscópicos fueron en 16 (67%) hemorroides internas y en 8 (33%) patología severa. De estos últimos 2 presentaban CCR (las dos en recto a 9 y 10 cm) y en 6 pólipos entre 1 y 5 cm localizados uno en recto y 5 en sigma. De los 39 (62%) con tacto e inspección anormal en 9 (23%) se diagnosticó patología severa. De estos últimos, 4 pacientes con CCR (uno en recto y tres en sigma), en 4 pacientes pólipos (uno en recto, dos en sigma y uno en colon derecho, entre 0,5 y 2 cm de tamaño) y un paciente con enfermedad inflamatoria intestinal tipo colitis ulcerosa con afectación de únicamente ciego (biopsias de íleon normales). De los 63 pacientes, 18 (29%) tenían diverticulosis y en 9 (14%) micropólipos (2 en recto, 3 en sigma, 1 en colon transversal, 1 en ciego y dos varios micropólipos por todo el colon), en ninguno de ellos se encontraron CCR o pólipos mayores a 5 mm.

## DISCUSIÓN

La etiología más frecuente de la rectorragia en todos los grupos de edad y series publicadas son las hemorroides, oscilando entre un 27 a un 72% (9,10). En nuestro grupo el 55% de los pacientes presentaban hemorroides. Otras causas observadas en mayores de 40 años son los pólipos, entre un 13 y un 22%, y el CCR entre el 1,2% y un 22% (11,12). En nuestro grupo no se encontró ningún paciente con pólipos o CCR en menores de 51 años, mientras que un 16% de los mayores de 50 años presentaban pólipos y un 9,5% CCR. Entre los factores de riesgo que se asocian al CCR están la edad (mayores a 50 años) y la sangre mezclada con las heces (1-3,5-7,9-14). También la mayoría de los autores coinciden en que el número de episodios de rectorragia (más de 5) o la cantidad de sangre (> 5 cc) no son factores de riesgo (2,12). Otros factores de riesgo discutidos o contravertidos son la disminución del calibre de las heces (12) y la evolución corta de la rectorragia (2). La mayoría de los estudios no analizan otros factores de riesgo como alteraciones analíticas, toma de AINE, presencia de dolor abdominal o fiebre, etc.

La EII fue la segunda causa de patología severa en nuestro estudio y sobre todo en los menores de 51 años (8%). Algunos estudios observan cómo esta patología está presente entre el 6 y 16% de los pacientes con rectorragia (15).

Otras causas de rectorragia son la colitis isquémica, los divertículos y las lesiones vasculares, fundamentalmente angiodisplasias. En nuestro estudio no hubo ningún paciente con colitis isquémica probablemente debido a que los pacientes estudiados eran pacientes ambulatorios.

rios y se excluyeron los pacientes que acudían al hospital o presentaban hemorragias severas. Tampoco encontramos ningún paciente con angiodisplasias debido a que generalmente estos pacientes se presentan con anemia crónica o hemorragias severas. Los divertículos fueron un diagnóstico frecuente en mayores de 50 años, sin embargo, en ningún caso se atribuyó como causa del sangrado. En el estudio de Acosta y cols. (15) la presencia de divertículos se observó en el 2% de los pacientes menores de 40 años, similar a nuestros resultados (3% menores de 51 años).

También, al igual que otros estudio observamos cómo la mayoría de las lesiones (91%) se encontraban distal-

mente al ángulo esplénico, sobre todo, en recto y sigma (9,14,16,17). En algunas series hasta el 95% de las causas están distalmente al ángulo esplénico (9). En nuestro estudio sólo un paciente estudiado por rectorragia presentó un pólipo proximalmente a ángulo esplénico (colon derecho), el resto de la patología neoplásica se encontró en recto y sigma (15 casos).

En conclusión, pensamos que en pacientes con rectorragia mayores de 50 años y en aquellos con cualquier factor de riesgo independientemente de la edad se debe realizar endoscopia, por lo menos, hasta ángulo esplénico. En los pacientes menores de 50 años se debe realizar una rectoscopia para descartar una EII.