

Examen proctológico y tacto rectal en el diagnóstico clínico de síntomas anorrectales

Dr. César E. Canessa*

Resumen

Objetivo: evaluar la información proporcionada por el examen proctológico y en particular el tacto rectal en pacientes con síntomas anorrectales.

Material y método: se incluyeron los pacientes remitidos a una policlínica de proctología desde enero de 2005 a diciembre de 2008. Se registraron datos demográficos, principal síntoma de consulta y diagnóstico clínico. Se evaluó el rendimiento diagnóstico del examen anoperineal (EAP), tacto rectal (TR) y anoscopía (AS) frente a cada patología. La información aportada por las diferentes maniobras se clasificó en tres categorías: 1) aportó información suficiente para establecer el diagnóstico clínico primario; 2) aportó información para el diagnóstico, pero no concluyente, y 0) no aportó información para el diagnóstico.

Resultados: se incluyeron 606 pacientes (319 mujeres, 52%), edad media 47 años, (rango 14 a 93 años). El síntoma más frecuente fue dolor anal (33%), seguido de sangrado rectal (19%) y prociencia (18%). Se realizó un diagnóstico clínico primario en 94% de los pacientes; el EAP y la AS aportaron información suficiente para el diagnóstico en 54% y 51%, respectivamente, mientras que el TR lo aportó en 10% de los casos.

Conclusión: el estudio mostró que un examen proctológico completo permite establecer un diagnóstico clínico primario en la mayoría de los pacientes que consultan por síntomas anorrectales. Más de la mitad de las condiciones patológicas pueden ser puestas en evidencia mediante una correcta inspección y palpación anoperineal. El tacto rectal fue la maniobra de menor rendimiento diagnóstico, permitiendo establecer el diagnóstico clínico primario en 10% de las consultas.

Palabras clave: TACTO RECTAL - utilización.
ENFERMEDADES DEL RECTO - diagnóstico.
ENFERMEDADES DEL ANO - diagnóstico.

Keywords: DIGITAL RECTAL EXAMINATION - utilization.
RECTAL DISEASES - diagnosis.
ANUS DISEASES - diagnosis.

* Profesor Agregado del Departamento Clínico de Cirugía. Hospital de Clínicas. Universidad de la República. Policlínica de Proctología del Hospital Evangélico. Uruguay.

Correspondencia: Dr. César Canessa
Patria 659. Montevideo, Uruguay.
Correo electrónico: ccanessa@hc.edu.uy
Recibido: 20/12/10.
Aceptado: 9/5/11.

Introducción

Los síntomas anorrectales son un frecuente motivo de consulta en servicios de asistencia primaria, policlínica quirúrgica y en servicios de urgencia. La anamnesis y el examen clínico de estos pacientes pueden resultar en la formulación de un diagnóstico definitivo o diferirse para pruebas adicionales. El examen digital del recto o tacto rectal (TR) es considerado parte fundamental del examen clínico anorrectal pero es un gesto semiológico con características singulares: requiere asistencia de enfermería y disponer de condiciones especiales para llevarse a cabo (camilla, guantes, lubricante, apósitos y adecuada iluminación); por otra parte, puede resultar vergonzoso, molesto y, eventualmente, doloroso para el paciente. La ausencia de hallazgos patológicos no permite excluir enfermedades graves como el carcinoma de recto, próstata o peritonitis, debiendo siempre complementarse con otras exploraciones cuando la finalidad diagnóstica sea detectar estas afecciones. Finalmente, se requiere experiencia para una adecuada ejecución e interpretación de los hallazgos.

Estos procedimientos, así como evitar reiterar la maniobra en subsiguientes consultas con especialistas, influyen sobre la decisión de realizar un TR durante la consulta ordinaria de médicos no especialistas^(1,2).

Considerando los factores expuestos y la alta frecuencia de la consulta por síntomas anorrectales, el objetivo de este estudio fue evaluar la frecuencia de los síntomas, incidencia de patología y el rendimiento diagnóstico del examen proctológico y, en particular, del TR analizando una serie consecutiva de consultas en una policlínica de proctología.

Material y método

Se realizó un estudio de corte transversal en la policlínica de proctología del Hospital Evangélico (104 camas), Montevideo, Uruguay, entre enero de 2005 y diciembre de 2008. De 663 pacientes consecutivos remitidos a la unidad, se incluyó en la población de estudio a 606 pacientes que consultaron específicamente por síntomas anorrectales.

Cincuenta y cuatro casos excluidos correspondieron a consultas que no asociaban síntomas anorrectales: alteración del tránsito intestinal (diarrea, constipación, síndrome de intestino irritable), dolor abdominal, screening de cáncer colorrectal, investigación de sangre oculta en heces positiva y control de polipectomías. Tres pacientes no regresaron con los estudios solicitados y no lograron ser contactados, no llegando a un diagnóstico definitivo, y fueron excluidos. A efectos del análisis se extrajeron datos demográficos, síntoma principal que motivó la consulta y diagnóstico clínico primario de una base de datos

llevada en forma prospectiva.

La evaluación de los pacientes en la consulta regular incluye una detallada historia clínica y el examen proctológico completo, el cual consta de tres maniobras que se realizan en forma sucesiva⁽³⁾:

Examen ano-perineal (EAP)

Usualmente la inspección se realiza en posición decúbito lateral izquierdo. Separando los glúteos se buscan lesiones de piel, cicatrices, orificios fistulosos. Se observa el ano durante la contracción voluntaria del esfínter, el pujo y la tos; de acuerdo a la sintomatología puede ser necesario que el paciente puje en cuclillas para provocar una procidencia. El periné es palpado buscando zonas de sensibilidad, dolor, induración y trayectos fistulosos; finalmente, desplegando el margen anal se expone el anodermo en busca de fisuras.

Examen digital del recto o tacto rectal (TR)

El dedo índice enguantado y lubricado se introduce con presión suave y constante mientras se evalúa el calibre y tono del conducto anal. De acuerdo con los síntomas, debe prestarse especial atención a la respuesta del piso pélvico mientras se solicita al paciente la contracción del esfínter o el pujo. Toda la superficie al alcance del dedo es tactada en busca de áreas de dolor, induración, orificios fistulosos, lesiones protruyentes o crecimiento tumoral.

Se evalúan estructuras adyacentes como el tabique rectovaginal o la próstata. La exploración del cóccix puede complementarse con maniobra bidigital. Ante masas pelvianas puede ser necesaria la palpación bimanual en decúbito prono.

El retiro del dedo es observado en busca de sangre, moco o pus.

Anoscopia (AS)

Con un anoscopio tubular (7 cm de longitud) se explora la mucosa del recto distal, el plexo hemorroidal interno, línea pectínea y anodermo en busca de lesiones mucosas, crecimiento endoluminal, orificios fistulosos y fisuras. Durante el retiro se observa al pujar si se pone de manifiesto una procidencia oculta.

La secuencia descrita puede interrumpirse por dolor (fisura, abscesos) difiriéndose para controles clínicos ulteriores o para exploración urgente bajo anestesia. Exploraciones complementarias se utilizaron en forma discrecional de acuerdo a la situación clínica. El examen clínico fue realizado en todos los casos por un mismo observador, cirujano general con dedicación especial a la coloproctología.

El síntoma principal que motivó la consulta y el diagnóstico clínico realizado en la primera consulta se agruparon y tabularon a efectos de establecer su frecuencia relativa (por edad y sexo) y absoluta (prevalencia y porcentaje).

El rendimiento diagnóstico de las tres instancias del examen proctológico (EAP, TR y AS) se evaluó frente a cada patología y según la información aportada se definieron tres categorías de acuerdo a los siguientes criterios:

Categoría 1: aportó información suficiente para establecer el diagnóstico clínico primario.

Categoría 2: aportó información para el diagnóstico, pero no concluyente.

Categoría 0: no aportó información para el diagnóstico.

De acuerdo con estos criterios, la categoría 1 incluyó para la EAP todas aquellas afecciones con manifestaciones externas o evidenciables en la inspección dinámica; para la AS, aquellas afecciones del conducto anal y recto distal al alcance de la observación endoscópica, mientras que para el TR comprendió aquellos diagnósticos que integran información anatómica, funcional y detección de sensibilidad dolorosa en el recto distal y conducto anal. Algunas condiciones se consideraron de diagnóstico mixto dado que las distintas maniobras ofrecen información complementaria. A los efectos de este análisis, la enfermedad hemorroidal se dividió en hemorroides internas no complicadas, cuyo diagnóstico es anoscópico, y hemorroides con manifestaciones externas (fluxión, trombosis, prolapso) evidentes en el EAP.

El análisis de los datos y sus variables se realizó con el programa estadístico SPSS versión 12.0.

El protocolo de investigación fue aprobado por la dirección técnica de la institución.

Resultados

Se analizaron 606 consultas por síntomas específicamente anorrectales. La edad media de los pacientes fue de 47 años (rango: 14-93), 319 (52%) de sexo femenino.

El síntoma de consulta más frecuente fue dolor anal (33%), seguido por rectorragia (19%) y prociencia (18%); otros síntomas se exponen en la tabla 1.

Se realizó un diagnóstico clínico primario en 570 pacientes (94% de los casos). Se diagnosticaron 29 patologías diferentes, siendo la de mayor incidencia la enfermedad hemorroidal (298 casos, 49% de las consultas) que se presentó con manifestaciones externas en 113 pacientes. Fue seguida por fisuras anales (17,2%), abscesos y fístulas criptoglandulares (6,6%), y dermatitis perianal (5,8%); el resto de los diagnósticos se expone en la tabla 2.

En 36 pacientes (6% de las consultas) el examen proctológico no aportó información que permitiera esta-

blecer per se el diagnóstico clínico primario. Los diagnósticos realizados en estos pacientes se detallan en la tabla 2; en 16 de ellos (2,6% de las consultas) el examen proctológico fue normal y exploraciones complementarias ulteriores no demostraron patología, correspondiendo la mayoría de estos casos a pacientes cuyos síntomas habían remitido al momento de la consulta.

En 91 casos fue solicitada exploración endoscópica o radiológica adicional del resto del colon que detectó en tres pacientes neoplasias (adenomas) y una rectitis rádica, más allá del alcance del examen proctológico.

El rendimiento diagnóstico de las tres maniobras del examen proctológico de acuerdo a la información aportada al diagnóstico clínico se expresa en una tabla de contingencia (tabla 3). La EAP y la AS permitieron establecer un diagnóstico clínico primario (categoría 1) en 329 (54%) y 311 (51%) pacientes, respectivamente. El TR permitió establecer un diagnóstico clínico primario en 62 (10%) pacientes y aportó información de valor diagnóstico en 3% adicional.

Discusión

Ante síntomas anorrectales una detallada historia clínica permite a menudo sospechar con alta certeza el diagnóstico, pero debe ser confirmado por el examen físico. Cuando la causa de los síntomas no logra identificarse en forma concluyente se requieren investigaciones adicionales (endoscopia, imagenología, manometría) y siempre debe considerarse la posible asociación con cáncer colorrectal y actuar de acuerdo a las recomendaciones o guías screening dada su alta incidencia.

El presente estudio fue diseñado para evaluar la información aportada por las diferentes instancias del examen proctológico y en particular el TR en pacientes con síntomas anorrectales. Se utilizaron criterios de diagnóstico clínico para clasificar y categorizar la información obtenida con las diferentes maniobras. Los resultados observados confirman el valor del examen proctológico completo, el cual permitió establecer un diagnóstico clínico en 94% de los pacientes; incluso en aquellos diagnósticos en que no aportó información directa (por ejemplo, síndromes dolorosos pelviperineales) permitió descartar las causas más frecuentes.

La EAP posibilitó realizar un diagnóstico clínico primario en algo más de la mitad de los casos (54%). Fue la maniobra que exhibió el mayor rendimiento permitiendo establecer el diagnóstico de hemorroides con manifestaciones externas, plicoma sintomático, fisura, prolapso exteriorizado, fístulas y abscesos con signos perianales, y condiciones dermatológicas variadas (dermatitis, hidroxadenitis, seno pilonidales, condilomas, herpes, leucoplasias y neoplasias).

Tabla 1. Síntoma principal que motivó la consulta y su frecuencia relativa

| Síntoma | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|----------------------|------------|------------|----------------------|
| Dolor anal | 204 | 33,7 | 33,7 |
| Rectorragia | 119 | 19,6 | 53,3 |
| Procidencia | 110 | 18,2 | 71,5 |
| Nódulo anal | 48 | 7,9 | 79,4 |
| Prurito | 28 | 4,6 | 84,0 |
| Supuración | 15 | 2,5 | 86,5 |
| Ardor anal | 14 | 2,3 | 88,8 |
| Disquecia | 11 | 1,8 | 90,6 |
| Gleras | 11 | 1,8 | 92,4 |
| Plicoma | 10 | 1,7 | 94,1 |
| Dolor pelvipereineal | 9 | 1,5 | 95,5 |
| Incontinencia | 9 | 1,5 | 97,0 |
| Tumefacción | 7 | 1,2 | 98,2 |
| Tenesmo | 5 | 0,8 | 99,0 |
| Verrugas | 4 | 0,7 | 99,7 |
| Gas por vagina | 2 | 0,3 | 100,0 |
| Total | 606 | 100,0 | |

La elevada tasa diagnóstica de la AS estuvo en relación con la incidencia de hemorroides internas que representó cerca de la tercera parte (30%) de las consultas. Otro hecho que elevó su rendimiento es que permite establecer el diagnóstico de fisura anal; no obstante, en la práctica clínica no la realizamos de rutina en la primera instancia dado que no suele ser necesaria para el diagnóstico y es mal tolerada. Su espectro diagnóstico incluye también neoplasias del recto bajo (carcinoma, adenoma vellosos) y afecciones de la línea pectínea (papilas hipertróficas, criptitis, orificios fistulosos).

El TR permitió establecer un diagnóstico clínico en 10% de los casos y en 3% adicional aportó información de valor diagnóstico, complementaria a otra maniobra o estudio. La información aportada por el TR resulta habitualmente suficiente para establecer el diagnóstico clínico de incontinencia esfinteriana, síndrome de obstrucción defecatoria (contracción paradójica del elevador, rectocele, estenosis anorrectales), y es de particular utilidad para perseguir áreas de dolor bien localizado de diverso origen (abscesos crípticos, prostatitis, coccigodinia, neuralgia pudenda). Lesiones que protruyen en la luz del recto bajo y conducto anal, como papilas hipertróficas o pólipos, pueden ser accesibles al tacto, pero excepto el carcinoma cuyas características suelen ser típicas (consistencia dura, superficie irregular), el diagnóstico requiere de la observación anoscópica.

No obstante, la baja frecuencia en que el TR establece per se el diagnóstico clínico permite desestimar diagnósticos diferenciales y obtener información imprescindible para la evaluación y el manejo terapéutico de incontinencia fecal, obstrucción defecatoria y tumores rectales, entre otras patologías. En la consulta de urgencia el TR permite fácilmente establecer el diagnóstico de fecaloma impactado o comprobar melenas; su valor diagnóstico en pacientes con dolor abdominal escapa a este estudio, pero ha sido cuestionado en diversas comunicaciones⁽⁴⁻⁶⁾. Un beneficio ampliamente difundido en relación con el TR es que ofrece una forma sencilla de detectar un carcinoma de recto. Pero al estar limitado al alcance del dedo examinador, cuya longitud promedio no excede los 8 cm^(7,8), tiene un bajo rendimiento como medida de tamizaje y si se sospecha carcinoma rectal o se trata de un paciente de alto riesgo (poliposis, enfermedad inflamatoria intestinal, historia familiar) deben realizarse exploraciones complementarias. Una situación similar sucede en relación con el carcinoma de próstata.

Existen escasas comunicaciones que refieren al rendimiento diagnóstico del examen proctológico a efectos comparativos. Un estudio de Ng y colaboradores⁽²⁾, refiere que el TR debería ser realizado en todos los pacientes con síntomas referidos al tracto gastrointestinal bajo porque podría facilitar el diagnóstico en 47% de los pacientes examinados junto a la sigmoidoscopia, pero no explícita

Tabla 2. Diagnósticos realizados, distribución por sexo y edad

| <i>Diagnóstico clínico primario</i> | <i>Mujeres</i> | <i>Hombres</i> | <i>Edad promedio (rango)</i> |
|-------------------------------------|----------------|----------------|------------------------------|
| Hemorroides internas | 87 | 98 | 47 (17-92) |
| Hemorroides externas | 58 | 55 | 49 (15-93) |
| Fisura anal | 48 | 56 | 48 (14-91) |
| Abscesos y fístulas | 19 | 21 | 47 (14-86) |
| Dermatitis perianal | 22 | 13 | 44 (20-84) |
| Prolapso mucoso | 10 | 5 | 52 (23-77) |
| Papila hipertrófica | 10 | 2 | 51 (23-75) |
| Plicoma | 7 | 3 | 44 (23-63) |
| Incontinencia | 7 | 1 | 59 (26-72) |
| Pólipos anorrectales | 4 | | 72 (55-91) |
| Condilomas | 2 | 2 | 37 (25-49) |
| Rectocele | 5 | | 73 (60-84) |
| Fístula coccígea | 1 | 3 | 24 (21-27) |
| Hidrosadenitis | 2 | 2 | 43 (24-74) |
| Herpes virus | 3 | | 33 (25-42) |
| Prostatitis | | 3 | 50 (45-53) |
| Rectitis NOS | 1 | 2 | 42 (36-54) |
| Neoplasias anales | 2 | | 73 (62-84) |
| Cicatriz dolorosa | 2 | | 47 (42-52) |
| Liquen | 2 | | 49 (42-56) |
| Rectovaginal fístula | 2 | | 40 (29-52) |
| Úlcera VIH | | 2 | 33 (22-45) |
| Cáncer de recto | | 1 | 74 |
| Cuerpo extraño | 1 | | 17 |
| Coccigodinia | 1 | | 55 |
| Disinergia puborrectal | | 1 | 47 |
| Estenosis anorrectal | | 1 | 49 |
| Endometrioma | 1 | | 34 |
| Neuropatía pudenda | 1 | | 59 |
| Prolapso rectal | 1 | | 69 |
| Diagnóstico definitivo | | | |
| No hallazgos patológicos | 10 | 6 | 50 (25-91) |
| Prurito idiopático | 4 | 5 | 46 (18-67) |
| Pólipos rectocolónicos | 2 | 1 | 68 (58-81) |
| Dolor pelvipereineal | 1 | 2 | 56 (35-74) |
| Proctalgia fúgax | 1 | 2 | 45 (42-51) |
| Rectitis rádica | 1 | | 77 |
| Intususcepción rectal interna | 1 | | 75 |
| Total | 319 | 287 | 47 (14-93) |

Tabla 3. Rendimiento diagnóstico asignado a las tres instancias del examen proctológico (EAP, EDR y AS).
 Categoría 1: aportó información suficiente para establecer el diagnóstico clínico primario.
 Categoría 2: aportó información para el diagnóstico, pero no concluyente.
 Categoría 0: no aportó información para el diagnóstico.

| Patología | Nº casos (%) | EAP | | TR | | AS | |
|------------------------------|------------------|-----------------|---------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|
| | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| <i>Categoría diagnóstica</i> | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Hemorroides internas | 185 (30,5) | | | | | 185 | |
| Hemorroides externas | 113 (18,6) | 113 | | | | | 113 |
| Fisura anal | 104 (17,2) | 104 | | | | 104 | |
| Abscesos y fístulas | 40 (6,6) | 40 | | 40 | | | 40 |
| Dermatitis perianal | 35 (5,8) | 35 | | | | | |
| Prolapso mucoso | 15 (2,3) | | 15 | | | 15 | |
| Papila hipertrófica | 12 (2,0) | | | | 12 | 12 | |
| Plicoma | 10 (1,7) | 10 | | | | | |
| Incontinencia | 8 (1,3) | | 8 | 8 | | | |
| Rectocele | 5 (0,8) | | | 5 | | | |
| Condilomas | 4 (0,7) | 4 | | | | | 4 |
| Fístula coccigea | 4 (0,7) | 4 | | | | | |
| Hidrosadenitis | 4 (0,7) | 4 | | | | | |
| Pólipos anorrectales | 4 (0,7) | | | | 4 | 4 | |
| Herpes virus | 3 (0,5) | 3 | | | | | |
| Prostatitis | 3 (0,5) | | | 3 | | | |
| Rectitis NOS | 3 (0,5) | | | | | 3 | |
| Neoplasias anales | 2 (0,3) | 2 | | | | | |
| Cicatriz dolorosa | 2 (0,3) | 2 | | | | | |
| Liquen | 2 (0,3) | 2 | | | | | |
| Rectovaginal fístula | 2 (0,3) | 2 | | | 2 | 2 | |
| Úlcera VIH | 2 (0,3) | 2 | | | | | |
| Cáncer de recto | 1 (0,2) | | | 1 | | 1 | |
| Coccigodinia | 1 (0,2) | | | 1 | | | |
| Cuerpo extraño | 1 (0,2) | | | 1 | | 1 | |
| Disinergia puborrectal | 1 (0,2) | | | 1 | | | |
| Endometrioma | 1 (0,2) | 1 | | | 1 | | |
| Estenosis A-R | 1 (0,2) | | | 1 | | | |
| Neuropatía pudenda | 1 (0,2) | | | 1 | | | |
| Prolapso rectal | 1 (0,2) | 1 | | | | | |
| Categoría 0 | 36 (5,9) | | | | | | |
| Total (%) | 606 (100) | 329 (54) | 22 (3) | 62 (10) | 19 (3) | 311 (51) | 171 (28) |

qué diagnósticos permitió realizar. Hennigan y colaboradores⁽¹⁾, investigando los factores que influyen en la decisión de los médicos generales para realizar un TR, observaron que el diagnóstico de fisura anal fue el que un mayor número de encuestados realizó con mayor seguridad.

El TR forma parte del examen clínico anorrectal, prostático y pelvipéritoneal. Aporta información anatómica y funcional del anorrecto, su contenido, así como también de tejidos y estructuras pelvipéritoneales contiguas. Es realizado por médicos generales, emergencistas, cirujanos, urólogos, ginecólogos, gastroenterólogos y fisioterapeutas con fines diagnósticos o terapéuticos. Pero para obtener la variada información que puede proveer, requiere una adecuada ejecución de acuerdo a los objetivos clínicos y experiencia para interpretarla. Esto se refleja en la preocupación existente sobre la necesidad de enseñar el TR y extender su práctica en la consulta ordinaria⁽⁹⁻¹¹⁾, aunque este aspecto ha sido controvertido debido al beneficio relativo que puede obtenerse cuando se lleva a cabo por manos inexpertas^(12,13).

Las limitaciones de este estudio incluyen aquellas inherentes a la naturaleza retrospectiva de su diseño, no tener base poblacional y, considerando el carácter clínico del análisis, el valor asignado a la capacidad diagnóstica de las diferentes maniobras del examen físico puede ser controvertido; por esto no se aplicaron medidas de valor diagnóstico predictivo, sensibilidad y especificidad. No obstante, creemos que aporta elementos de juicio clínico al momento de decidir realizar un examen proctológico, permitiendo estimar la información que se desea obtener y la que el mismo puede proveer particularmente en contextos asistenciales no especializados.

Conclusiones

Este estudio mostró que un examen proctológico completo permite establecer un diagnóstico clínico primario en la mayoría de los pacientes que consultan por síntomas anorrectales. Más de la mitad de estas condiciones patológicas pueden ser puestas en evidencia mediante una correcta inspección y palpación anoperineal; si bien la anoscopia incrementa el rendimiento diagnóstico, solo suele estar disponible en consultorios especializados.

El tacto rectal permitió establecer el diagnóstico en 10% de las consultas, pero probablemente sea la maniobra más observador dependiente dado que su ejecución e interpretación requiere de una experiencia clínica que es difícil de establecer y evaluar, más allá de la importante información que puede ofrecer al clínico.

Summary

Objective: to evaluate the information provided by the

proctological examination, and in particular, the rectal exam in patients with anorectal symptoms.

Method: patients referred to a proctology polyclinic from January 2005 through December 2008 were included in the study. We recorded demographic data, main symptom for consultation and clinical diagnosis. We evaluated the diagnostic performance of perianal examination, rectal examination and anoscopy for each pathology. The information obtained through the different maneuvers was classified into three categories: 1) it provided enough information to establish the primary clinical diagnosis; 2) it provided diagnostic information, although not conclusive; and 0) it failed to provide diagnostic information.

Results: 606 patients were included (319 women, 52%), average age was 47 years old, (range 14 to 93 years old). The most frequent symptom was anal pain (33%), followed by rectal bleeding (19%) and procidentia (18%). We performed a primary clinical diagnosis in 94% of patients; perianal examination and anoscopy provided enough information for diagnosis in 54% and 51% of cases respectively, whereas the rectal examination did so in 10% of cases.

Conclusion: the study showed that a complete proctological examination enables a primary clinical diagnosis in most patients who consulted for anorectal symptoms. Over half of the pathological conditions may be evidenced by means of a correct examination and perianal palpation. Rectal exam was the maneuver that obtained the least diagnostic performance, only allowing for a primary clinical diagnosis in 10% of the consultations.

Resumo

Objetivo: avaliar a informação proporcionada pelo exame proctológico e em particular o toque retal em pacientes com sintomas anorretais.

Material e método: foram incluídos os pacientes referidos a uma clínica de proctologia no período janeiro de 2005 a dezembro de 2008. Foram registrados: dados demográficos, sintoma principal da consulta e diagnóstico clínico. Fez-se uma avaliação do rendimento diagnóstico do exame ano-perineal (EAP), toque retal (TR) e anoscopia (AS) em relação a cada patologia. A informação aportada pelas diferentes manobras foi classificada em três categorias: 1) gerou informação suficiente para estabelecer o diagnóstico clínico primário; 2) gerou informação para o diagnóstico, porém não conclusiva, e 0) não gerou informação para o diagnóstico.

Resultados: foram incluídos 606 pacientes (319 mulheres, 52%), idade média 47 anos, (intervalo 14 a 93 anos). O sintoma mais frequente foi dor anal (33%), seguido de sangramento retal (19%) e procidência (18%). Realizou-se um diagnóstico clínico primário em 94% dos

pacientes; o EAP e a AS geraram informação suficiente para o diagnóstico em 54% e 51%, respectivamente, enquanto o TR somente em 10% dos casos.

Conclusão: o estudo mostrou que um exame proctológico completo permite estabelecer um diagnóstico clínico primário na maioria dos pacientes que consultam por sintomas anorretais. Mais da metade das condições patológicas podem ser mostradas por uma inspeção e palpação ano-perineal corretas. O toque retal foi a manobra que apresentou o menor rendimento diagnóstico, permitindo estabelecer el diagnóstico clínico primário em 10% das consultas.

Bibliografía

1. **Hennigan TW, Franks PJ, Hocken DB, Allen-Mersh TG.** Rectal examination in general practice. *BMJ* 1990; 301(6750): 478-80.
2. **Ng DP, Mayberry JF, McIntyre AS, Long RG.** The practice of rectal examination. *Postgrad Med J* 1991; 67(792): 904-6.
3. **MacLeod JH.** The proctologic examination-a guide. *Calif Med* 1971; 114(1): 7-11.
4. **Quaas J, Lanigan M, Newman D, McOsker J, Babayev R, Mason C.** Utility of the digital rectal examination in the evaluation of undifferentiated abdominal pain. *Am J Emerg Med* 2009; 27(9): 1125-9.
5. **Manimaran N, Gallan RB.** Significance of routine digital rectal examination in adults presenting with abdominal pain. *Ann R Coll Surg Engl* 2004; 86(4): 292-5.
6. **Dixon JM, Elton RA, Rainey JB, Macleod DA.** Rectal examination in patients with pain in the right lower quadrant of the abdomen. *BMJ* 1991; 302(6773): 386-8.
7. **Thumbé V, Iqbal M, Bhalerao S.** Accuracy of digital rectal examination in the estimation of height of rectal lesions. *Tech Coloproctol* 2007; 11(2): 111-3.
8. **Le Normand L, Joguet E.** Comment je fais un toucher rectal? *Pelv Perineol* 2008; 3(1): 71-3.
9. **Martínez-Ramos D, Nomdedéu-Guinot J, Artero-Sempere R, Escrig-Sos J, Gibert-Gerez J, Alcalde-Sánchez M, et al.** Estudio prospectivo para evaluar la precisión diagnóstica en enfermedad anal benigna en atención primaria. *Aten Primaria* 2009; 41(4): 207-12.
10. **Balkissoon R, Blossfield K, Salud L, Ford D, Pugh C.** Lost in translation: unfolding medical students' misconceptions of how to perform a clinical digital rectal examination. *Am J Surg* 2009; 197(4): 525-32.
11. **Lawrentschuk N, Bolton DM.** Experience and attitudes of final-year medical students to digital rectal examination. *Med J Aust* 2004; 181(6): 323-5.
12. **Springall RG, Todd IP.** General practitioner referral of patients with lower gastrointestinal symptoms. *J R Soc Med* 1988; 81(2): 87-8.
13. **Kemple T.** Rectal examination in general practice. *BMJ* 1990; 301(6753): 667-8.