

*Artículo de Revisión***Tacto rectal: ¿necesario o no?**

\*Ramón Yefrin Maradiaga Montoya

El tacto rectal es una herramienta muy útil en la práctica clínica, de fácil realización, barato y de alta rentabilidad diagnóstica. Sin embargo, para la mayoría de nosotros es una maniobra que pocas veces realizamos, ya que en muchos casos, el paciente se resiste a someterse a lo que es una manipulación incomoda y en cierta medida el médico no insiste en practicarla, ya que desconoce las utilidades de esta técnica (12).

Es necesario recordar una celebre frase: **“Si uno no mete el dedo corre el riesgo de meter la pata”**. *Hamilton Bayley*. Al meditar sobre esta frase se puede ver que el no realizar un tacto rectal cuando este lo amerita puede llevar a consecuencias catastróficas al paciente.

Por esta razón a continuación se hará una breve revisión de múltiples situaciones en la que el tacto rectal es de ayuda diagnóstica en diferentes áreas de la práctica médica:

**Patología Anorectal**

El tacto rectal es muy útil y obligado ante la sospecha de la más mínima sospecha de procesos anales y rectales. Se pueden encontrar las siguientes alteraciones: rectitis, estenosis, fístulas, fisura anal, hemorroides internas, papilas anales, absceso perirrectal, CA (6, 12, 16).

Incluso en pacientes asintomáticos hay alteraciones como masas móviles y dolor, y que al realizar otros estudios complementarios se pueden encontrar algunas patologías como colitis, en la cual al tacto hay dolor y ausencia de heces en la ampolla rectal (3).

El 75% de los casos de cáncer rectal se alcanza con el dedo y encontrar cambios en estadio precoz, grado de invasión y adherencia a estructuras adyacentes, así como el contenido fecal en busca de sangre macroscópica (12, 16).

**Evaluación Neurológica**

Es posible realizar una valoración del estado del reflejo anal y del reflejo bulbo-cavernoso (se comprime el pene al introducir el dedo en el recto y si el reflejo está indemne, éste se contrae), proporcionando indirectamente información de la metámera S2-S4, alterada en algunas patologías neurológicas y en la neuropatía diabética, también nos permite una valoración del tono del esfínter rectal, el cual se encuentra disminuido en la incontinencia anal (6, 15).

**Patología Abdominal**

En caso de perforación gastrointestinal, el tacto revela una serie de crepitaciones por compresión del aire acumulado entre el sacro y la pared posterior del recto llamado signo de Leite (12).

En el cáncer gástrico se pueden encontrar metástasis abdominales a través del signo de anaqueil de Blummer, en el cual se palpan múltiples masas en el fondo de saco de Douglas. Junto al TAC pelviano, es un elemento relevante en el diagnóstico y relevante en el estudio preoperatorio de tumores del sacro (4).

A pesar que la detección de sangre oculta en heces es más específico en la detección de san-

1. Estudiante de VI año. Facultad de Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

grado gastrointestinal <sup>(8,14)</sup> el tacto rectal es obligado en todo paciente con hemorragia digestiva, sigue siendo una herramienta necesaria en estas situaciones ya que confirma el diagnóstico de hemorragia digestiva alta en casi la mitad de los casos, al evidenciar las características de las heces. Sin embargo, la ausencia de heces sanguinolentas o de color negro no excluye su diagnóstico, especialmente si han transcurrido menos de 8 horas desde el inicio del sangrado <sup>(16,18)</sup>.

En la apendicitis se puede demostrar dolor localizado a la derecha del recto en un porcentaje que no va más allá del 20%. Sin embargo, no hay que olvidar que la gran mayoría de los pacientes son jóvenes, y que ya el tacto rectal es una verdadera agresión de parte del médico y el paciente se defiende de esta maniobra, es por ello que el rendimiento de este examen es bajo <sup>(17)</sup>.

En el estreñimiento, es la prueba diagnóstica por excelencia, ya que detecta la presencia de heces en el recto y la presencia de disinergia rectoesfinteriana, así como las características de las heces y del exudado anorrectal; es útil al detectar la presencia de fecalomas, frecuentes en pacientes incapacitados o muy ancianos, donde se encuentra una masa fecal en la ampolla rectal <sup>(16)</sup>.

Estudios realizados han demostrado que el tacto rectal tiene un limitado papel en la evaluación inicial del abdomen agudo en adultos sin síntomas gastrointestinales o anorrectales, no alterando el diagnóstico ni manejo inicial, y que tan solo se ha visto que este lo modifica en 9% <sup>(20,31)</sup>.

### **Pediatría**

En niños, debe realizarse con mucho cuidado ya que puede ser doloroso, ocasionar miedo y confusión. La realización de este puede impactar negativamente la posibilidad del médico de reexaminar al paciente. Por tanto es muy

importante evaluar la importancia del uso de tacto rectal en niños <sup>(9)</sup>.

Sirve para verificar la presencia de impactación fecal y sus características de tamaño y consistencia, es un instrumento diagnóstico crucial en diferenciar el estreñimiento simple del estreñimiento complicado, y para diferenciar causas orgánicas y funcionales del estreñimiento <sup>(13, 19)</sup>.

### **Traumatología**

El ATLS (advanced trauma life support guidelines) recomienda el tacto rectal como parte del examen secundario de los pacientes traumatizados. Sin embargo, no hay estudios que justifiquen su uso en todos los pacientes seriamente traumatizados <sup>(15)</sup>; otros estudios demuestran una buena especificidad pero una pobre sensibilidad y valor de predicción en las lesiones renales (sensibilidad de 33% y 99% especificidad), rectales, de pelvis (sensibilidad de 0% y 99% especificidad), y lesiones uretrales (sensibilidad de 20% y 99% especificidad). Además, se ha visto que otros indicadores clínicos dan la misma información que el tacto rectal, e incluso al confirmarse el daño los otros indicadores clínicos se asociaron a las lesiones en un 73% frente a un 41% del tacto rectal, esta baja sensibilidad se aplica tanto a niños como adultos <sup>(9,22, 23, 24)</sup>. Otras series han demostrado que 1.9% de los casos, el tacto rectal influyó en las decisiones terapéuticas del paciente <sup>(15)</sup>.

En el trauma posterior de pelvis al aplicarlo junto con otros elementos del examen físico (compresión del ilion), puede con seguridad detectar daños del anillo posterior de la pelvis <sup>(25)</sup>.

Al buscar lesiones de medula espinal tiene una alta especificidad (93%) pero, también una alta tasa de falsos positivos (97%), tiene pobre sensibilidad (50%) y pobre valor predictivo <sup>(22)</sup>.

Se menciona que la omisión del tacto rectal en virtualmente todos los pacientes traumatizados

parece permisible, segura, y ventajosa. La eliminación rutinaria del tacto rectal del examen secundario presumiblemente puede conservar tiempo, recursos, y minimizar desagradables encuentros para el paciente <sup>(24)</sup>.

### Ginecología y Obstetricia

El tacto rectal es parte elemental del examen pélvico bimanual en el examen físico ginecológico, se aprecia el estado del parametrio posterior, ligamentos uterosacos y ovarios <sup>(12)</sup>. Estudios que demuestran que aun no es concluyente el uso de tacto rectal como parte del examen pélvico de rutina de mujeres menores de 40 años, encontrándose alteraciones en 3% de los tactos realizados, pero es muy útil al hacer evaluaciones ginecológicas en mujeres vírgenes <sup>(25)</sup>.

### Urología

La utilidad más conocida por todos es la evaluación de procesos benignos o malignos de la próstata <sup>(7)</sup>. Es de suma importancia para valorar la sensibilidad, tamaño, consistencia, límites y movilidad de la próstata. Las dos características con mayor repercusión diagnóstica son: la consistencia y superficie <sup>(6)</sup>. Nos orienta sobre el volumen glandular prostático al evaluar su impronta en recto (no permite valorar el crecimiento anterior ni endovesical de la glándula) y a pesar de los diversos desarrollos tecnológicos, es fundamental para la detección precoz del carcinoma prostático <sup>(16)</sup>.

Tiene un 50 % de probabilidad de falsos positivos, pero es lo idóneo para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata, sobre todo en el estadio 2 en donde el tumor involucra más tejido, pero no ha salido de la glándula <sup>(5,28)</sup>. Algunos estudios han visto una especificidad del 84-98 % con una sensibilidad del 69-89 % y un valor predictivo positivo del 22-34 % <sup>(6)</sup>.

Otros autores, han comprobado el valor prescriptivo positivo de este examen, desde el 1,5% hasta el 39 %, de forma que la Asociación

Americana de Oncología y de Urología, lo recomiendan como método rutinario de exploración en los varones mayores de 50 años, con carácter anual y en casos de antecedentes familiares, comenzarla a los 40 años <sup>(2)</sup>.

Se puede observar que los estudios anteriores muestran porcentajes diferentes pero con un importante punto en común; tiene una gran especificidad y buena sensibilidad en la detección de cáncer de próstata en estadios tempranos, por lo cual, su realización anual es necesaria en todos los hombres mayores de 40 años.

Además la combinación de el tacto rectal y un PSA (antígeno prostático específico) elevado aumenta la sensibilidad para la detección de cáncer de próstata que cualquiera de los 2 solos <sup>(7, 10, 11)</sup>. Un metaanálisis demostró que la sensibilidad del PSA y el tacto rectal separados fue de 72.1% y 53.2%, al utilizarlos juntos se encontró una sensibilidad de 83.4% detectándolo en estadios precoces <sup>(30)</sup>.

No es muy útil para determinar el grado de obstrucción del flujo urinario. Se ha demostrado que el crecimiento de la glándula prostática, detectada a través de la palpación digital, no tuvo relación con el grado de obstrucción al flujo de orina en más del 50 % de los casos. El examen físico es útil para verificar la benignidad del proceso, pero el crecimiento de la glándula a través de la palpación digital no es proporcional al grado de obstrucción <sup>(1)</sup>.

Es una herramienta eficiente en la evaluación de los testículos cuando no están descendidos, e identifica la presencia y posición del testículo en la mayoría de los casos, no es muy sensible pero si es 100% específica <sup>(33)</sup>.

### ¿Puede causar alteraciones cardiacas un tacto rectal?:

Aun que no esta dentro de las utilidades del tacto rectal, si es algo interesante; se ha mencionado que el tacto rectal puede desencadenar

arritmias cardíacas. En la literatura consultada solo se reporto un caso de arritmias graves, fue fibrilación ventricular en un paciente de 74 años durante la realización del tacto rectal, la bibliografía también reporta algunos casos de bradicardia, focos ectópicos y arritmias ventriculares; se ha postulado los siguientes mecanismos para estas complicaciones: incremento del tono vagal de la innervación parasimpática rectal, o aumento del tono simpático por liberación de catecolaminas liberadas por la ansiedad <sup>(26)</sup>.

En otro estudio, se practicó un electrocardiograma mientras se realizaba el tacto rectal, no se cambios electrocardiográficos en la mayoría de los pacientes, tan solo hubo 2 casos de bradicardia. <sup>(21)</sup>, incluso se ha hecho tacto rectal a pacientes con infarto agudo de miocardio y no se encontró ningún cambio electrocardiográfico ni bradicardia <sup>(29)</sup>.

Tras lo anterior se puede concluir que la realización de un tacto rectal rara vez desencadena alteraciones cardíacas, pero que existe la posibilidad que estas puedan ocurrir.

## Conclusión

Tras leer todo lo anterior podemos valorar la diversidad de situaciones donde es útil y necesario el tacto rectal, podemos mencionar: enfermedades anorrectales, neoplasias rectales, cáncer de próstata, estreñimiento e impactación fecal en niños y adultos, sangrado digestivo y en evaluación pélvica ginecológica. Hay situaciones en las cuales las tendencias están cambiando como es su uso en pacientes politraumatizados y en el abdomen agudo.

Es probable que tenga mas utilidades y esta breve revisión solo es para ilustrar al lector e incitarlo a leer más sobre este tema, ya que solo nos limitamos a practicarlo pero no leer sobre su importancia y utilidad. Un estudio de la University of Newfoundland Faculty of Medicine,

demonstró que se debe mejorar el aprendizaje del tacto rectal a través de la estimulación de la lectura y la practica de esta técnica (32). Los exhorto a que continúen la lectura de esta simple pero importante maniobra.

**Agradecimientos.** A mis padres y a Ligia Gabriela Gabrie por su valiosa colaboración e incondicional apoyo.

## Bibliografía

1. Sarrhy Lourdes Santana, Arocha Wong Haydee. Criterios actuales para evaluar la conducta a seguir con los pacientes que padecen de hiperplasia prostática benigna. *Rev Cubana Cir.* 2004; 43(1);103.
2. Jiménez Odalys Sandoval, Ruiz Mario Coll. Valor del tacto rectal y el antígeno prostático específico en el pesquisaje del adenocarcinoma de próstata. *Rev cubana Cir.* 2002; 41(4); 95.
3. Álvarez Pumarol, Sara; Delgado P, Rosanna; Guerra, Marcos; Encarnación Nina, José; Constanza, José. Detección de patologías anorrectales en pacientes asintomáticos mayores de 40 años. *Rev. Méd. Domin ene.-mar.* 1993; 54(1):13-5.
4. Bannura C, Guillermo; Contreras P, Jaime. Tumores presacros en adultos / pre-sacral tumors in adults. *Rev. Chil. Cir., ago.* 1993; 45(4):344-9.
5. Pérez Pérez Roidel, Pérez Fajardo Mario, González Orlandi Nivaldo. El cáncer de próstata: un desafío constante para el médico de familia. *Rev cubana med gen integr, sep.-oct.* 2002. (18)5;68.
6. Hiperplasia benigna de próstata: manejo y abordaje por el médico de atención primaria. (Consultado el 25 de marzo del 2007) Disponible en <http://www.medynet.com/elmedico/aula2002/tema7/hiperplasia8.htm>.
7. Borden Lester S., Wright Jonathan I., Kim Jason, Latchamsetty Kalyan, Porter Christopher R. An abnormal digital rectal examination is an independent predictor of gleason  $\geq 7$  prostate cancer in men undergoing initial prostate biopsy: a prospective study of 790 men. *BJU International* March 2007. 99(3);559.
8. Eisner M. S.; Lewis J. H.; Diagnostic yield of a positive fecal occult blood test found on digital rectal examination. Does the finger count? *Ar-*

- chives of Internal Medicine, November 1, 1991. 151-(11)68.
9. Kristinsson George, Wall Stephen P, Crain Ellen F. The digital rectal examination in pediatric trauma: a pilot study. *The journal of emergency medicine* 2007. 32(1);59–62,
  10. Stephan A Carsten, Cammann B Henning, Meyer A Hellmuth-a, Lein A Michael, Jung Klaus. PSA and new biomarkers within multivariate models to improve early detection of prostate cancer. *Cancer letters* (2007). Disponible en [www.elsevier.com/locate/canlet](http://www.elsevier.com/locate/canlet)
  11. Kyei Tettey Y, Kumoji R. Sensitivity of digital rectal examination and various psa levels in prostate cancer detection using transrectal ultrasound guided biopsy of the prostate in 464 ghanaians. *Urology*, november 2006. 68 (supplement 5a).
  12. Suros Antonio, *Semiología médica y técnica exploratoria*, 8ª Washington; MASSON. 2001; 483.
  13. Shaista Safder, Rewalt Mary, Yoram Elitsur. Digital rectal examination and the primary care physicians: a lost art? *Clin Pediatr (phila)* 2006; 45; 411.
  14. Scales Charles D. Jr, Fein Steve, Muir Andrew J, Rockey Don C. Clinical utilization of digital rectal examination and fecal occult blood testing upon hospital admission. *Journal of Clinical Gastroenterology* November/December 2006. 40(10):913-918,.
  15. Porter Jm, Ursic Cm. Digital rectal examination for trauma: does every patient need one? *Am Surg*. 2001 May; 67(5):438-41
  16. Puig J, Giráldez, E. Fernández Santiago, Romero F. J. Torrubia. Hiperplasia benigna de próstata: tacto rectal. *Semergen* 24 (7): 546-550.
  17. *Manual de patología quirúrgica: apendicitis aguda*. Pontificia Universidad Católica de Chile Escuela de Medicina. Disponible en: [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/PatolQuir/Patol-Quir\\_014.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/PatolQuir/Patol-Quir_014.html). Consultado el 13 de mayo del 2007.
  18. F. J. Montero Pérez. Claves diagnósticas y terapéuticas para el manejo de la hemorragia digestiva alta en urgencias. *Emergencias*, 2005;17:s40-s49.
  19. Barboza Fabiola M. Evaluación y tratamiento del estreñimiento en niños. *Revista colombiana médica*, 2005, 36(2), 1:10-15.
  20. Lanigan M, Newman Dh, Mcosker JI, Quaas J, Mason C. Utility of the digital rectal examination as a diagnostic predictor variable in the presentation of undifferentiated abdominal pain. *Annals of Emergency Medicine*, September 2005. 46(3):81.
  21. Leibovitz Arthur, Friedensohn Aharon, Nirenburg Victor, Gil Israel, Habet Beni. Electrocardiographic monitoring during digital rectal examination in demented long-term care patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. August 1998. Volume 27(1):19-24.
  22. Guldner Gregory, Brzensky Alyssa. The sensitivity and specificity of the digital rectal examination for detecting spinal cord injury in adult patients with blunt trauma. *American Journal of Emergency Medicine* (2006), 24, 113 – 117.
  23. Shlamovitz Gz, Mower Wr, Bergman J, Crisp J, devore Hk, Hardy D, et al. Poor test characteristics for the digital rectal examination in trauma patients.. *Ann Emerg Med*. 2007 mar 26. Article in Press, Corrected Proof
  24. Esposito Tj, Ingraham A, Luchette Fa, Sears Bw, Santaniello Jm, et al. Reasons to omit digital rectal exam in trauma patients: no fingers, no rectum, no useful additional information. *Trauma*, 2005; 59(6):1314-9.
  25. McCormick Jp, Morgan Sj, Smith Wr. Clinical effectiveness of the physical examination in diagnosis of posterior pelvic ring injuries. *Journal Orthop Trauma*. 2003 apr; 17(4):257-61.
  26. Munter Dw, Stoner R. Ventricular fibrillation during rectal examination. *Am Journal Emerg Med*. 1989 jan; 7(1): 57-60
  27. Campbell Ka, Shaughnessy Af. Diagnostic utility of the digital rectal examination as part of the routine pelvic examination. *J. Fam Pract*. 1998 feb; 46(2):165-7
  28. Sutton Ma, Gibbons Rp, Correa Rj Jr. Is deleting the digital rectal examination a good idea? *West J Med*. 1991 jul; 155(1):43-6.
  29. Abbasi J. Akhtar, Deborah Moran, Kalpana Ganesan, Jonathan Akanno, Tu Tran, Roger Wu, et al. Safety and efficacy of digital rectal examination in patients with acute myocardial infarction. *The American Journal of Gastroenterology*, june 2000. 95(6):1463-1465.
  30. Mistry Kishor, Cable Greg. Meta-analysis of prostate-specific antigen and digital rectal examination as screening tests for prostate carcinoma.



---

*The Journal of the American Board of Family Practice*, (2003). 16:95-101.

31. Manimaran N, Galland Rb. Ann R. Significance of routine digital rectal examination in adults presenting with abdominal pain. *Coll Surg Engl*. 2004 Jul; 86(4):292-5.
32. Popadiuk C, Pottle M, Curran V. Teaching digital rectal examinations to medical students: an evaluation study of teaching methods. *Acad Med*. 2002 Nov; 77(11):1140-6
33. Gatti John M., Cooper Christopher S., Kirsch Andrew J. Bimanual digital rectal examination for the evaluation of the nonpalpable testis. *The Journal of Urology*, July 2003. 170, 207–210.