

# Embarazo delirante e hipernefroma

## » Autores

**Alberto Fernández Quero<sup>1</sup>, Carme Munar i Fors<sup>2</sup>, Marina Bas Florido<sup>3</sup>**

1. Médico Interno Residente 4º año en Medicina Familiar y Comunitaria, EAP Chafarinas. SAP Muntanya.
2. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, tutora extrahospitalaria de Medicina Familiar y Comunitaria, EAP Chafarinas. SAP Muntanya.
- 3 Médico Interno Residente 2º año en Medicina Familiar y Comunitaria, EAP Chafarinas. SAP Muntanya.

## » Correctores

Lurdes Alonso y Joan Corbera

## » Correspondencia

**Alberto Fernández Quero**

Dirección electrónica: [alferque@hotmail.com](mailto:alferque@hotmail.com)

Publicado: 1 de diciembre del 2010

Alberto Fernández Quero, Carme Munar i Fors, Marina Bas Florido (2010). "Embarazo delirante e hipernefroma". *Butlletí*. Vol. 28: Iss. 3, Article 1.  
Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol28/iss3/1>

Este es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

## INTRODUCCIÓN:

Se presenta un caso de una paciente en la que coexisten dos entidades clínicas diferentes (el embarazo delirante y el carcinoma de células renales) pero que llegan a complementarse dificultando el manejo y la interpretación del proceso.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO:

**Motivo de consulta:** Mujer de 48 años de edad que va consultar por solicitud de baja laboral por lumbalgia sin antecedente traumático y embarazo (que decía que se controlaba en una mutua privada).

**Antecedentes:** Cervicalgias y dorsolumbalgias, episodios de ansiedad sin síntomas psicóticos objetivados, no obesidad ni hábitos tóxicos. Sin alergias conocidas. No antecedentes familiares de interés. Su situación ocupacional era de dependiente en un estanco.

**Enfermedad actual y evolución:** La paciente fue visitada por primera vez en nuestro CAP en **febrero de 2006** donde refería embarazo de 4 meses de evolución (controlado, según refería, por su ginecólogo de la mutua), solicitando la baja por algias en las piernas y fatiga. Durante los 3 meses siguientes, fue viniendo a consulta para el control de la baja y fue visitada por diferentes profesionales, sin dar explicaciones de la evolución del embarazo a pesar de que se le preguntaba. A una de las visitas indicaba que la fecha prevista de parto era al **julio de 2006** (en junio consta la última visita de control de la baja), pero no volvió a venir hasta setiembre de 2006. Siempre venía sola, y se desconocían las relaciones familiares de la paciente.

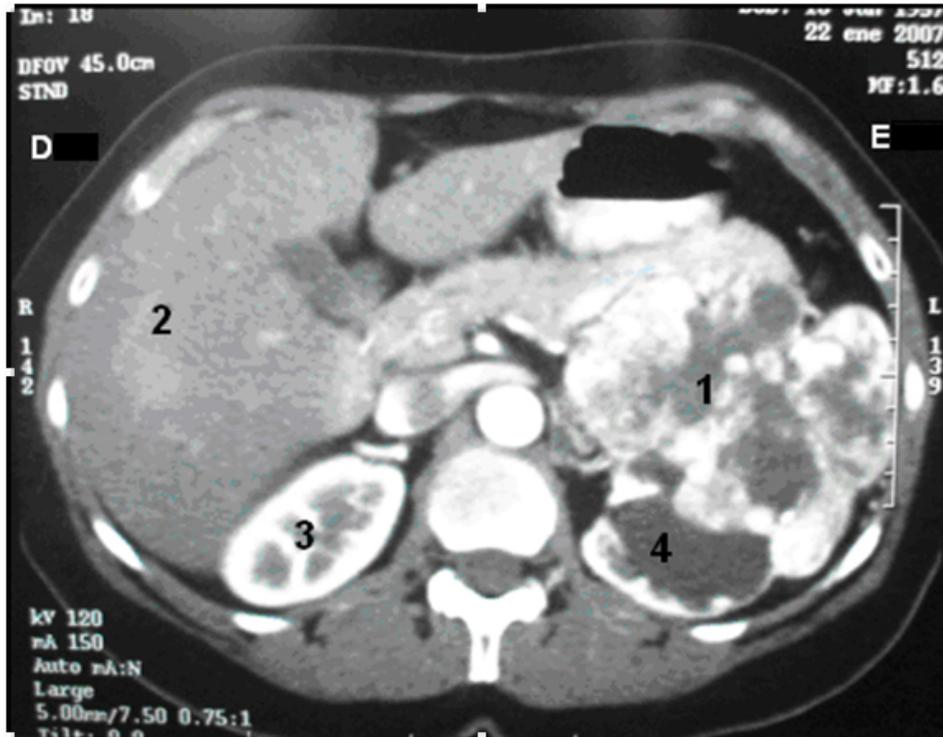
Al **setiembre** del mismo año (ya superada la fecha prevista del parto) continuaba refiriendo embarazo y solicitando nueva baja, pero nos indica que su padre quiere que vaya al psicólogo. Al preguntarle, verbalizaba próximo enlace matrimonial. En la exploración física se apreciaba un aumento del perímetro abdominal y actitud lordótica (típica de embarazo), en la palpación destacaba aumento del volumen abdominal sin masas definidas. Ante la sospecha de una un embarazo ficticio, y con la imposibilidad de tener más datos de la paciente se habla parlador teléfono con el padre, que nos indica que hace más de 14 años sufrió ruptura traumática sentimental con una pareja (previa a la boda) y que aún mantiene una foto de esta pareja en la mesilla de noche. Piden consulta con el Centro de Salud Mental (CSM) y recomiendan que venga acompañada en la próxima visita.

En **octubre**, acude con el padre explicando amenorrea de más de 20 meses y continua verbalizando embarazo, por tanto, piden ecografía en la que se ve dilatación muy severa del riñón izquierdo, pélvica, infundibular, calicular y ureteral. Pedimos TAC abdominal en **diciembre de 2006** que inicialmente no se pudo practicar porque la paciente argumentaba embarazo en el centro de radiodiagnóstico al que la remitimos; finalmente, el TAC mostró una tumoración en el riñón izquierdo de 10 cm, con obstrucción de la vía excretora e infiltración de la fascia de Gerota (**Figura 1**).

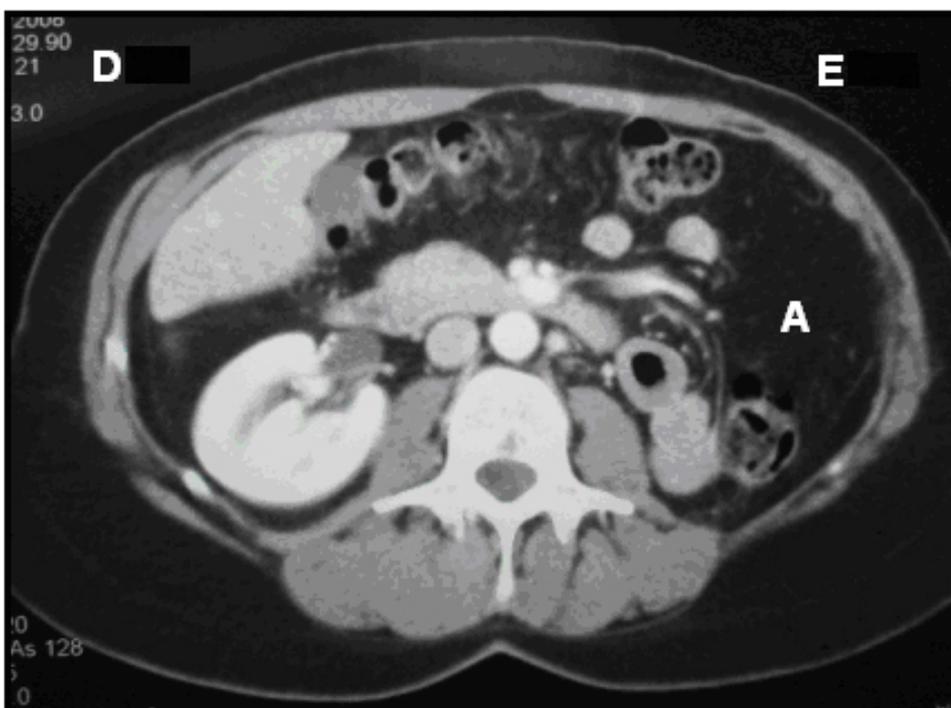
Figura 1 Se la derivó urgentemente al hospital de referencia donde se le practicó en marzo de 2007 nefrectomía radical izquierda con confirmación histológica posterior de carcinoma renal de células claras y estadificación pT2, pN0, pM0. Tuvo buena evolución clínica. Actualmente sigue controles periódicos y se mantiene libre de enfermedad (Figura 2).

Figura 2. Respecto al cuadro psiquiátrico, fue atendida en el Centro de Salud Mental (CSM) orientándola como embarazo delirante, recibiendo tratamiento con 1-2 mg de Risperidona y con buena integración social, pero no laboral, y se le concedió una invalidez. Después de un año y medio desde la intervención, la paciente no habla del embarazo, continua yendo al CSM pero no precisa tratamiento farmacológico aunque se mantienen las visitas periódicas con la psiquiatra. Actualmente, se mantiene estable y la psiquiatra se plantea un alta futura.

**Figura 1.** TAC abdominal de enero de 2007. Se observa una masa sólida, heterogénea, con calcificaciones en el riñón izquierdo de 10 cm de volumen máximo, que ocupa el espacio graso prerrenal y afecta a la fascia de Gerota (1). Hígado sin alteraciones (2). Riñón derecho preservado (3). Riñón izquierdo afectado(4). La glándula pancreática muestra zonas de contacto, pero no se aprecia infiltración tumoral, ni adenopatías valorables. Tampoco el bazo, las glándulas suprarrenales ni las estructuras vasculares estaban afectadas.



**Figura 2.** TAC abdominal de control postnefrectomía en el 2008, que muestra ausencia del riñón izquierdo, uréter, suprarrenal y de la tumoración (A). El resto de estructuras anatómicas no presentan alteraciones ni existen adenopatías.



## DISCUSIÓN

El carcinoma de células renales recibe diferentes nombres: hipernefroma, carcinoma renal de células claras, adenocarcinoma renal o tumor de Grawitz. Es el tumor maligno más frecuente del riñón y es originario de las células epiteliales de los túbulos renales. Puede manifestarse como una tríada: masa sólida abdominal palpable, dolor y hematuria. Predomina en el sexo masculino (3/1) entre los 50-70 años pero se diagnostica con mayor frecuencia de forma incidental en la práctica de una ecografía abdominal, porque la tríada típica es poco frecuente (sólo un 15% de los casos diagnosticados). Sus factores etiopatogénicos son: tabaco, obesidad, herencia, enfermedad quística renal y exposición a tóxicos como asbesto, petróleo y disolventes. La supervivencia es de un 95% para el estadio T1, un 80-90% para el estadio T2, un 40-60% para el T3 y un 20-30% para el T4. En caso de afectación ganglionar, se reduce a un 7-15%, y si existen metástasis a distancia es de 2,5% a los 5 años<sup>1</sup>.

La pseudociesis, embarazo ficticio, psicológico o fantasma se describió por primera vez por John Mason Good en **1823**, pero se sabe de su existencia desde los tiempos de Hipócrates. Aunque es poco frecuente, se trata de una creencia falsa de embarazo en la que intervienen múltiples factores como el deseo de maternidad, la vida emocional y las agresiones, etc. que pueden influir en diferentes niveles en la biología del individuo<sup>2</sup>. Las personas que lo sufren presentan muchos síntomas, no solo creen que están embarazadas, sino que presentan síntomas auténticos que apoyan sus afirmaciones. Barglow y Brown después de estudiar una amplia serie de casos resumen el cuadro clínico de la siguiente manera: trastorno del ciclo menstrual, aumento del volumen abdominal, modificaciones en las glándulas mamarias, sensación subjetiva de movimientos fetales, aumento del volumen uterino, náuseas, vómitos, aumento de peso e incluso algunos pacientes pueden presentar niveles elevados de gonadotropina en sangre<sup>3</sup>.

El embarazo delirante se caracteriza por la presencia de creencias falsas donde el funcionamiento de la persona está menos alterado que en la esquizofrenia. Los delirios tienden a incluir situaciones que podrían ocurrir en la vida real<sup>4</sup>. En este caso hicimos el diagnóstico diferencial entre embarazo psicológico versus delirante. La psicobiografía de la paciente fue aclaradora para establecer que su embarazo obedecía a una idea delirante secundaria a una erotomanía, que era previa a la distensión abdominal. La paciente atribuía este embarazo a un novio que no veía desde hacía más de 14 años, aunque ella sabía que "existían otras maneras de concebir" ya que creía que "no hacía falta la presencia del otro".

En un primer momento la sospecha inicial era embarazo psicológico porque las actitudes previas de la paciente no hacían sospechar patología psicótica, ya que solo se había observado algún componente ansioso en alguna visita y un comportamiento infantil en sus expresiones con dependencia hacia su padre. La evolución de los hechos, obligó a una revisión más cuidadosa de la historia clínica que puso de manifiesto una incongruencia en las fechas del curso del embarazo, destacando la dificultad para la realización de las pruebas (sobre todo de radiología) a las que ella ese negaba a someterse, la ocultación de información y una falta de compromiso de seguimiento por parte de la paciente, existiendo períodos de tiempo en que no venía a visitarse. Eso, junto con el hecho de que la paciente decía que el embarazo estaba siendo controlado en una mutua, seguramente, retrasó el diagnóstico.

Posiblemente, sin la existencia de la tumoración, el falso embarazo se habría detectado con antelación, pero el aumento del perímetro abdominal (apreciado en las visitas de control) y la actitud lordótica de la paciente confundían la interpretación. La tumoración renal produjo síntomas inespecíficos como lumbalgia y cansancio, que también podían ser atribuibles al embarazo; pero no presentó otros síntomas.

Finalmente, la implicación del padre a instancia nuestra, y la reconducción del caso en la consulta resolvió ambos problemas de forma satisfactoria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Rozman C. Compendio de Medicina Interna. Tercera edición. Madrid, Elsevier España S.A; 2006.p.283-284
2. González Merlo J, Lailla Vicens JM, Fabré González E, González Bosquet E. Obstetricia. Quinta edición. Editorial MASSON, S.A; 2006.p.156.
3. Barglow P, Brown E. Pseudocyesis. To Be and not to be pregnant: a psychosomatic question. En Modern perspectives in psycho-obstetrics. Edited by John Howells. Brunner Mazed Publishers. NY,1972.
4. Hagop S. Akiskal, M.D. James K. Alexander, M.D. Chloe G. Alexson, M.D. Manual Merck. Merck Sharp & Dohme de España, S.A; 2005. Cap.91