

Embaràs delirant i hipernefroma

>> Autors

Alberto Fernández Quero¹; Carme Munar i Fors²; Marina Bas Florido³

1. Metge Intern Resident 4t any en Medicina Familiar i Comunitària , EAP Chafarinas. SAP Muntanya.
2. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària, tutora extrahospitalària de Medicina Familiar i Comunitària , EAP Chafarinas. SAP Muntanya.
3. Metge Intern Resident 2n any en Medicina Familiar i Comunitària , EAP Chafarinas. SAP Muntanya.

>> Correctors

Lurdes Alonso i Joan Corbera

>> Correspondència

Alberto Fernández Quero

Adreça electrònica: alferque@hotmail.com

Publicat: 1 de desembre de 2010

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

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

INTRODUCCIÓ:

Es presenta un cas d'una pacient en la qual coexisteixen dues entitats clíniques diferents (l'embaràs delirant i el carcinoma de cèl·lules renals) però que arriben a complementar-se dificultant el maneig i la interpretació del procés.

DESCRIPCIÓ DEL CAS:

Motiu de consulta: Dona de 48 anys d'edat que va consultar per sol·licitud de baixa laboral per lumbàlgia sense antecedent traumàtic i embaràs (que deia que es controlava en una mútua privada).

Antecedents: Cervicàlgies i dorsolumbàlgies, episodis d'ansietat sense símptomes psicòtics objectivats, no obesitat ni hàbits tòxics. Sense al·lèrgies conegudes. No antecedents familiars d'interès. La seva situació ocupacional era de dependent en un estanc.

Malaltia actual i evolució: La pacient va ser visitada per primera vegada al nostre CAP al **febrer de 2006** on referia embaràs de 4 mesos d'evolució (controlat, segons referia, pel seu ginecòleg de la mútua), sol·licitant la baixa per àlgies a les cames i fatiga. Durant els 3 mesos següents, va anar venint a consulta pel control de la baixa sent visitada per diferents professionals, no donant mai explicacions de l'evolució de l'embaràs tot i que se li preguntava. A una de les visites indicava que la data prevista de part era al **juliol de 2006** (al juny consta l'última visita de control de la baixa), però no va tornar a venir fins al setembre de 2006. Sempre venia sola, i es desconeixien les relacions familiars de la pacient.

Al **setembre** del mateix any (ja superada la data prevista del part) continuava referint embaràs i sol·licitant nova baixa, però ens indica que el seu pare vol que vagi al psicòleg. Al preguntar-li, verbalitzava pròxim enllaç matrimonial. A l'exploració física s'apreciava un augment del perímetre abdominal i actitud lordòtica (típica d'embaràs), a la palpació destacava augment del volum abdominal sense masses definides. Davant la sospita d'un embaràs fictici, i amb la impossibilitat de treure més dades de la pacient es parla telefònicament amb el pare, que ens indica que fa més de 14 anys va patir ruptura traumàtica sentimental amb una parella (prèvia a la boda) i que encara manté una foto d'aquesta parella a la tauleta de nit. Demanem consulta amb el Centre de Salut Mental (CSM) i recomanem que vingui acompanyada a la pròxima visita.

A l'**octubre**, acudeix amb el pare explicant amenorrea de més de 20 mesos i continua verbalitzant embaràs, per tant, demanem ecografia en la qual es veu dilatació molt severa del ronyó esquerre, pèlvica, infundibular, calicular i ureteral. Demanem TAC abdominal al **desembre de 2006** que inicialment no es va poder practicar perquè la pacient argumentava embaràs en el centre de radiodiagnòstic al qual la varem remetre; finalment, el TAC va mostrar una tumoració al ronyó esquerre de 10 cm, amb obstrucció de la via excretora i infiltració de la fàscia de Gerota (**Figura 1**).

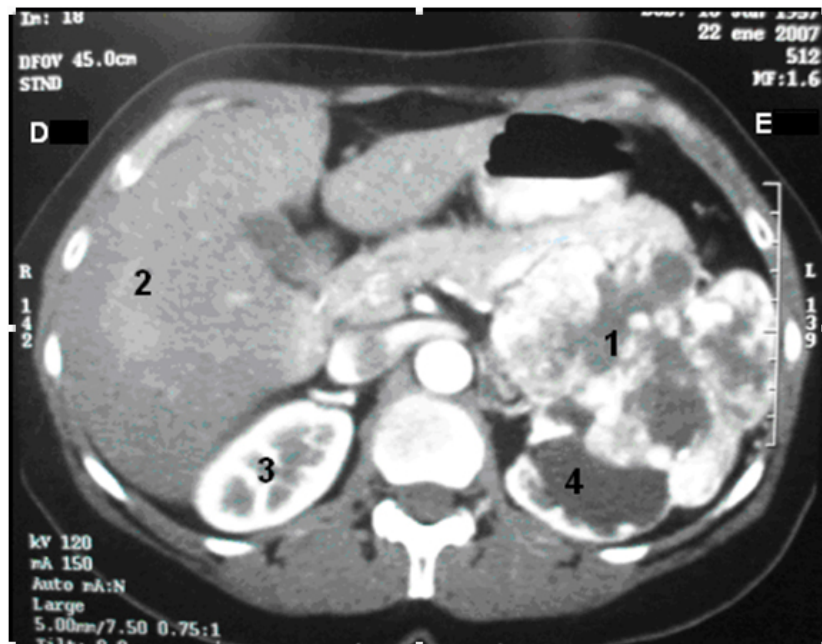
Figura 1.

Se la va derivar urgent a l'hospital de referència on se li va practicar al **març de 2007** nefrectomia radical esquerra amb confirmació histològica posterior de carcinoma renal de cèl·lules clares i estadificació pT2, pN₀, pM₀. Va tenir bona evolució clínica. Actualment segueix controls periòdics i es manté lliure de malaltia (**Figura 2**).

Figura 2.

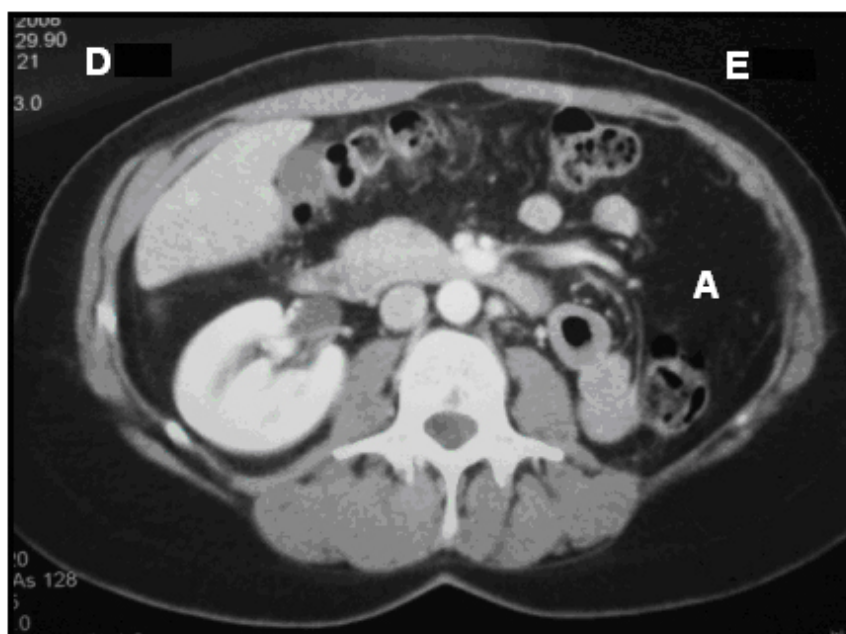
Figura 1. TAC abdominal de gener de 2007. S'observa una massa sòlida, heterogènia, amb calcificacions al ronyó esquerre de 10 cm de mida màxima, que ocupa l'espai gras prerrenal i afecta la fàscia de Gerota (1). Fetge sense alteracions (2). Ronyó dret preservat (3). Ronyó esquerre afectat (4). La glàndula pancreàtica mostra zones de contacte, però no s'aprecia infiltració tumoral, ni adenopaties valorables. Tampoc la melsa, les glàndules suprarrenals ni les estructures vasculars estaven afectades.

Pel que fa al psiquiàtric, va ser Salut Mental la com a embaràs tractament amb Risperidona i integració social, se li va concedir Després d'un any intervenció, la de l'embaràs, CSM però no tractament encara que es visites la psiquiatra. manté estable i planteja un alta



quadre atesa al Centre de (CSM) orientant-delirant, rebent 1-2 mg de amb bona però no laboral, i una invalidesa. i mig des de la pacient no parla continua anant al precisa farmacològic mantenen les periòdiques amb Actualment, es la psiquiatra es futura.

Figura 2. TAC abdominal de control postnefrectomia al 2008, que mostra absència del ronyó esquerre, urèter, suprarrenal i de la tumoració (A). La resta d'estructures anatòmiques no presenten alteracions ni existeixen adenopaties.



DISCUSSIÓ:

El carcinoma de cèl·lules renals rep diferents noms: hipernefroma, carcinoma renal de cèl·lules clares, adenocarcinoma renal o tumor de Grawitz. És el tumor maligne més freqüent del ronyó i és originari de les cèl·lules epitelials dels túbuls renals. Pot manifestar-se com una tríada: massa sòlida abdominal palpable, dolor i hematúria. Predomina en el sexe masculí (3/1) entre els 50-70 anys però es diagnostica amb major freqüència de forma incidental en la pràctica d'una ecografia abdominal, perquè la tríada típica és poc freqüent (només un 15% dels casos diagnosticats). Els seus factors etiopatogènics són: tabac, obesitat, herència, malaltia quística renal i exposició a tòxics com asbest, petroli i dissolvents. La supervivència és d'un 95% per a l'estadi T1, un 80-90% per a l'estadi T2, un 40-60% per al T3 i un 20-30% per al T4. En cas d'afectació ganglionar, es redueix a un 7-15%, i si existeixen metàstasis a distància és de 2,5% als 5 anys¹.

La pseudocièsi, embaràs fictici, psicològic o fantasma es va descriure per primera vegada per John Mason Good al **1823**, però es coneix de la seva existència des dels temps d'Hipòcrates. Encara que és poc freqüent, es tracta d'una creença falsa d'embaràs en la qual intervenen múltiples factors com el desig de maternitat, la vida emocional i les agressions, etc. que poden influir a diferents nivells en la biologia de l'individu². Les persones que el pateixen presenten molts símptomes, no solament creuen que estan embarassades, sinó que presenten símptomes autèntics que recolzen les seves afirmacions. Barglow i Brown després d'estudiar una àmplia sèrie de casos resumeixen el quadre clínic de la següent manera: trastorn del cicle menstrual, augment del volum abdominal, modificacions a les glàndules mamàries, sensació subjectiva de moviments fetals, augment del volum uterí, nàusees, vòmits, augment de pes i fins i tot algunes pacients poden presentar nivells elevats de gonadotropina en sang³.

L'embaràs delirant es caracteritza per la presència de creences falses on el funcionament de la persona està menys alterat que en l'esquizofrènia. Els deliris tendeixen a incloure situacions que podrien ocórrer en la vida real⁴. En aquest cas vam fer el diagnòstic diferencial entre embaràs psicològic versus delirant. La psicobiografia de la pacient va ser aclaridora per establir que el seu embaràs obeïa a una idea delirant secundària a una erotomania, que era prèvia a la distensió abdominal. La pacient atribuïa aquest embaràs a un nuvi que no veia des de feia més de 14 anys, encara que ella sabia que "existien altres maneres de concebre" ja que creia que "no feia falta la

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES :

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