

HALLAZGO POCO FRECUENTE EN EL ESTUDIO DE DOLOR ABDOMINAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Bernat de Pablo Márquez, Begoña Santano Rivas y Sónia Sánchez Quintana
Médicos de familia. CAP Valldoreix

Correspondencia: bernatdepablo@gmail.com

Correctores: M. José Sánchez y Oriol Rebagliato

Publicado: junio 2014

Bernat de Pablo Márquez, Begoña Santano Rivas y Sónia Sánchez Quintana (2014)

Hallazgo poco frecuente en el estudio de dolor abdominal en atención primaria

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol32/iss2/1>

*Este es un artículo Open Access distribuït segons llicencia de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de un paciente de 18 años que consulta por dolor abdominal de larga evolución, acompañado de síndrome tóxico con anorexia y pérdida de peso. En la exploración física destaca masa abdominal no pulsátil en región de epigastrio. La paciente fue derivada a Urgencias hospitalarias donde, después de realizarse una gastroscopia de urgencia, fue diagnosticada de tricobezoar. El tricobezoar es una entidad poco frecuente que se asocia a la tricotilomanía y tricofagia. A pesar de ser una causa poco frecuente de dolor puede ser sospechada realizando una buena historia clínica y exploración física.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 18 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes patológicos conocidos, que acude a la consulta de atención primaria por cuadro de dos meses de evolución de dolor abdominal progresivo, anorexia, náusea, sensación de saciedad precoz y pérdida ponderal de unos 4-5 kilogramos. Niega fiebre, sudoración nocturna, ni alteración del ritmo deposicional.

En la exploración física la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, sin palidez de mucosas, no se palpan adenopatías, en la exploración abdominal destaca un dolor difuso en la palpación de mesogastrio, donde se palpa una masa de consistencia blanda, móvil, bien definida y no pulsátil de unos 10x10 cm.

Ante el cuadro clínico se derivó a la paciente al servicio de urgencias hospitalarias. En urgencias se realizó una fibrogastroscopia bajo sedación con

propofol que mostró una gran masa en entrada de cavidad gástrica, que ocupaba todo el estómago y que se introducía a través de píloro hacia duodeno, imagen compatible con tricobezoar.

Con este diagnóstico se realizó estudio preoperatorio y se procedió a extracción de la masa mediante gastrostomía. El curso postoperatorio se desarrolló sin incidencias. Posteriormente, la paciente fue valorada por el servicio de psiquiatría que llegó al diagnóstico de tricotilomanía y tricofagia de 3 años de evolución.

DISCUSIÓN

El término bezoar proviene de badher del árabe, padzhar del persa y belazaar del hebreo, que significan antídoto, ya que en algunas culturas antiguas las piedras o sustancias duras que se encontraban en los estómagos o intestinos de algunos animales considerados sagrados y se decía que tenían propiedades curativas. Los bezoares pueden estar formados de diferentes sustancias que no pueden atravesar el píloro como las plantas (fitobezoar), levaduras, materiales inorgánicos (arena, asfalto, goma) o pueden ser complicaciones secundarias a cirugía de estómago.

El tricobezoar (masa formada por cabello, moco y alimento en descomposición) se suele encontrar en cavidad gástrica pero también se puede extender a través del duodeno hasta el intestino delgado (Síndrome de Rapunzel)¹. Es más frecuente en mujeres y en la segunda década de la vida. Se relaciona frecuentemente con

tricotilomanía y tricofagia u otros trastornos psiquiátricos².

El diagnóstico muchas veces es dificultoso, ya que los pacientes niegan el trastorno.

La forma de presentación más habitual es sintomatología de obstrucción parcial de la salida del estomago: saciedad precoz, hiporexia náuseas y vómitos (64%), hematemesis (61%), pérdida de peso (38%) y diarrea o constipación (32%). Otros

signos que se pueden manifestar son halitosis por putrefacción del material, masa móvil a epigastrio (70%), alopecia, sangre oculta en heces y anemia ferropénica³.

Figura 1. Tricobezoar a cavitat gàstrica



Figura 2. Detall de tricobezoar: massa formada per pèl i moc



A pesar de que la forma de presentació en persones joves pot portar a la sospesa clínica, sempre se té que realitzar el diagnòstic diferencial amb massa epigàstrica calcificada, neuroblastoma, aneurisma, abscessos i/o fecaloma.

La prova de elecció per al diagnòstic és l'endoscòpia i el tractament és quirúrgic, amb gastrostomia ampla i extracció de la massa.

Es tracta d'una causa poc freqüent de dolor abdominal però que pot ser sospesada amb una bona història clínica i exploració física, sobretot en pacients joves de sexe femení on es puguin sospesar antecedents psiquiàtrics.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez J, Alvarez E, Clint J.L., Sauret . Hallazgos radiológicos en el síndrome de Rapunzel (Tricobezoar). SEMERGEN. 2009;35(7):350-2
2. Frey AS, McKee M. Hair apparent: Rapunzel syndrome. Am J Psychiatry. 2005;162:242-8
3. Baeza-Herrera C, Franco-Vázquez R. Gastric trichobezoar and the Rapunzel syndrome. Bol Med Hosp Infant Mex. 1987;44(3):167-71.