

TROBALLA POC FREQUENT EN L'ESTUDI DE DOLOR ABDOMINAL EN ATENCIÓ PRIMÀRIA

Autors: Bernat de Pablo Márquez, Begoña Santano Rivas i Sónia Sánchez Quintana

Metges de família. CAP Valldoreix

Correspondència: bernatdepablo@gmail.com

Correctors: M. José Sánchez i Oriol Rebagliato

Publicat: juny 2014

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

Troballa poc freqüent en l'estudi de dolor abdominal en atenció primària

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

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

INTRODUCCIÓ

Presentem el cas de pacient de 18 anys que consulta per dolor abdominal de llarga evolució, acompanyat de síndrome tòxic amb anorèxia i pèrdua de pes. A l'exploració física destaca massa abdominal no pulsativa en regió d'epigastri. La pacient va ser derivada a Urgències hospitalàries on, després de realitzar-se una gastroscòpia d'urgència, va ser diagnosticada de tricobetzoar. El tricobetzoar és una entitat poc freqüent que s'associa a la tricofilomania i tricofàgia. Tot i ser una causa poc habitual de dolor abdominal pot ser sospitada realitzant una bona història clínica i exploració física.

CAS CLÍNIC

Pacient dona de 18 anys, sense al·lèrgies medicamentoses ni antecedents patològics coneguts, que consulta a la consulta d'atenció primària per quadre de dos mesos d'evolució de dolor abdominal progressiu, anorèxia, nàusea, sensació de sacietat precoç i pèrdua ponderal de uns 4-5 kilograms. Nega febre, sudoració nocturna, ni alteració del ritme deposicional.

A l'exploració física la pacient es troba hemodinàmicament estable, sense pal·lidesa de mucoses, no es palpen adenopaties, a l'exploració abdominal destaca un dolor difús a la palpació de mesogastri, on es palpa una massa de consistència tova, mòbil, ben definida i no pulsativa d'uns 10x10 cm.

Davant el quadre clínic es va derivar a la pacient al servei d'urgències hospitalàries. A urgències es va realitzar una

fibrogastroscòpia sota sedació amb propofol que va mostrar una gran massa a entrada de cavitat gàstrica, que ocupava tot l'estomac i que s'introduïa a través de pílor cap al duodè, imatge compatible amb tricobetzoar.

Amb aquest diagnòstic es va realitzar estudi preoperatori i es va procedir a extracció de la massa mitjançant gastrostomia. El curs postoperatori es va desenvolupar sense incidències. Posteriorment, la pacient va ser valorada pel servei de psiquiatria que va arribar al diagnòstic de tricofilomania i tricofàgia de 3 anys d'evolució.

DISCUSSIÓ

El terme betzoar prové de badher de l'àrab, padzhar del persa i beluzaar de l'hebreu, que signifiquen antídote, ja que en algunes cultures antigues les pedres o substàncies dures que es trobaven als estòmacs o intestins d'alguns animals considerats sagrats i es deia que tenien propietats curatives. Els betzoars poden estar formats de diferents substàncies que no poden travessar el pílor com ara plantes (fitobetzoar), llevats, materials inorgànics (sorra, asfalt, goma) o poden ser complicacions secundàries a cirurgia d'estómac.

El tricobetzoar (massa formada per cabell, moc i aliment en descomposició) es sol trobar a cavitat gàstrica però també es pot estendre a través del duodè fins a l'intestí prim (Síndrome de Rapunzel)¹. És més freqüent en dones i a la segona dècada de la vida. Es relaciona freqüentment amb

tricotil·lomania i tricofàgia o altres trastorns psiquiàtrics².

El diagnòstic moltes vegades és difícil, doncs els pacients neguen el trastorn.

La forma de presentació més habitual és simptomatologia d'obstrucció parcial de la sortida de l'estómac: sacietat precoç, hiporèxia, nàusees i vòmits (64%),

hematèmesi (61%), pèrdua de pes (38%) i diarrea o constipació (32%). Altres signes que es poden manifestar són halitosi per putrefacció del material, massa mòbil a epigastri (70%), alopecìa, sang oculta en femtes i anèmia ferropènica³.

Figura 1. Tricobezoar a cavitat gàstrica

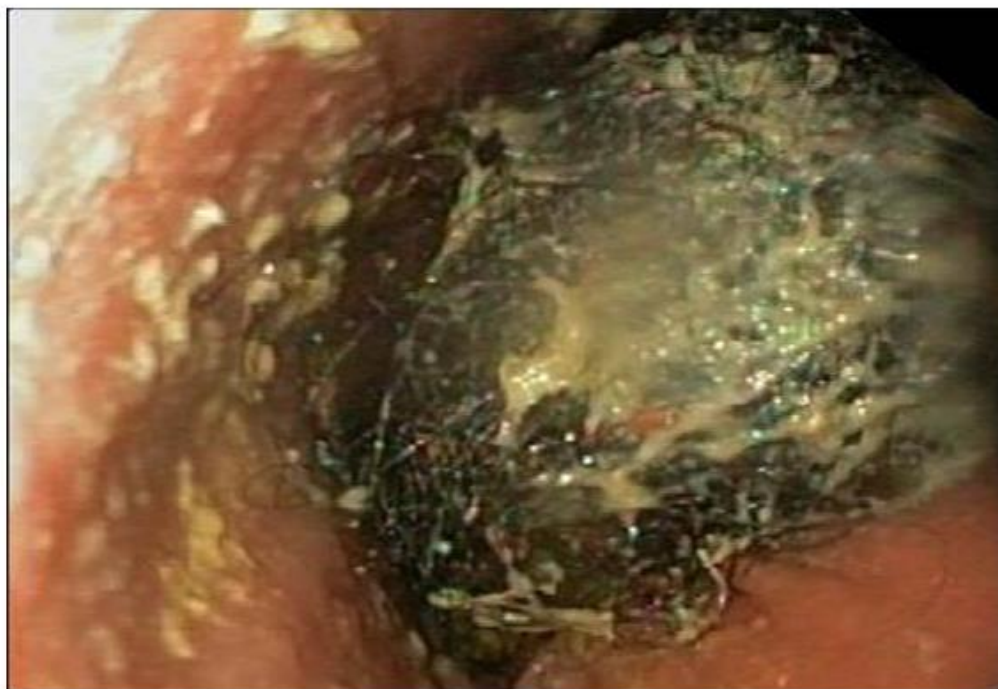


Figura 2. Detall de tricobezoar: massa formada per pèl i moc



Tot i que la forma de presentació en gent jove pot dur a la sospita clínica, sempre s'ha de realitzar el diagnòstic diferencial amb massa epigàstrica calcificada, neuroblastoma, aneurisma, abscess i/o fecaloma.

La prova d'elecció pel diagnòstic es la 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 sospitada amb una bona història clínica i exploració física, sobretot en pacients joves de sexe femení on es puguin sospitar antecedents psiquiàtrics.

BIBLIOGRAFIA

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.