

NO TODO TUMOR ABDOMINAL ES NEOPLÁSICO

Marina Álvarez¹, Diego Moreno¹, Sofía Olivares¹, Andrea Sánchez¹, Anna Palau², Osvaldo Troiano²

¹MIR MFiC

²Metge adjunt Servei d'Urgències

Hospital Sant Pau i Santa Tecla (Tarragona).

Nom autor: Osvaldo Troiano

Lloc de treball: Hospital Sant Pau i Santa Tecla

Data recepció: 08.10.2017

Data acceptació: 07.11.2017

mail: osvaldo.troiano@gmail.com

Forma de citació: Álvarez M, Moreno D, Olivares S, Sánchez A, Palau A, Troiano O. *No todo tumor abdominal es neoplásico*. ReMUE.c@t 2018;5(1):64-66

Motivo de la consulta:

Dolor, distensión abdominal, náuseas y un vómito oscuro aislado.

Antecedentes:

Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, EPOC, Insuficiencia renal crónica (creatinina de 2 mg/dl), Dislipemia.

Antrectomía con anastomosis gastroyeyunal a lo Billroth II por ulcus duodenal.

Enfermedad actual:

Varón de 72 años que acude por dolor y distensión abdominal de 3 días de evolución, acompañado de náuseas y 1 vómito oscuro aislado.

Estando en el box del Servicio de Urgencias (SU) presenta 2 episodios más de vómitos de retención. El paciente ya había consultado, en 3 ocasiones en su ambulatorio, en la semana previa, por dolor y distensión abdominal, vómitos y/o estreñimiento, sin que constara la presencia de una tumoración abdominal en los reportes médicos. Tampoco se detectó la masa abdominal en una visita al SU, 24 días antes, por un cuadro de Prostatitis.

Exámen físico:

TA: 110/65 mm Hg, FC: 101 lpm, FR: 22 rpm, Sat.O2: 96%.

Paciente en regular estado general, consciente y orientado en las tres esferas. Afebril, normohidratado, taquipneico, taquicárdico, estable hemodinámicamente. Facies descompuesta. Mucosas normocoloreadas y

húmedas. Acrocianosis. No focalidades. Murmullo vesicular conservado con roncus bibasales. Tonos cardíacos rítmicos sin soplos. Abdomen globuloso, mate en hemiabdomen superior, donde además se palpa una masa de consistencia blanda en cuadrante superior izquierdo, siendo doloroso a ese nivel. No peritonismo, ruidos hidroaéreos de lucha. En extremidades inferiores corona flebectásica bilateral, sin edemas, no se palpan pulsos pedios.

Pruebas complementarias:

Analítica de sangre:

Hemoglobina: 13,1 g/dl (13,5-17); Hematocrito: 40,7 % (40,5-51); Leucocitos: 11,51 x10³/mm³ (4,4-11); Neutrófilos segmentados: 70,2%(40-70); Plaquetas: 218 x10³/mm³ (130 - 450); Glucosa: 162 mg/dL (74-100); Urea: 76 mg/dL (15-39); Creatinina: 2,26 mg/dL (0,7-1,3); Sodio: 138 mmol/L (136-146); Potasio: 5,00 mmol/L (3,5-5,1); CPK total: 119 U/L (35-232); LDH: 320 U/L (120-246); ALT (GPT): 62 U/L (10-40); Alfa-Amilasa: 60 U/L (25-115)

Radiografía de abdomen (Rx-Abd) (Fig.1):

Estómago dilatado y relleno por material con aspecto "en miga de pan" compatible con Bezóar gástrico.

TAC Abdomen-Pelvis (TAC-Abd) (Fig.2):

Cambios morfológicos gástricos con relación a gastrectomía parcial tipo Billroth II con una importante distensión gástrica y material de retención. El nivel obstructivo está relacionado con la anastomosis término-terminal donde se

observa un engrosamiento concéntrico que podría ser secundario a proceso inflamatorio fibroso o neoformativo.

Hígado de tamaño y morfología normal, homogéneo, sin evidencias de lesiones focales hepáticas. No dilatación de vía biliar intra ni extrahepática. Bazo y páncreas de tamaño normal y densidad homogénea.

Suprarrenales aumentadas en relación con adenomas. Riñones de morfología y tamaño normal, sin dilatación de la vía urinaria. Resto sin alteraciones significativas.

Diagnóstico diferencial:

Tumoración abdominal dolorosa con distensión abdominal y vómitos:

- Bezóar gástrico
- Síndrome suboclusivo
- Ileo paralítico
- Isquemia mesentérica
- Estreñimiento
- Neoplasia abdominal
- Vólvulo gástrico.

Evolución fuera de urgencias:

Ingresó en el servicio de Cirugía General, donde realizan lavados diarios por sonda nasogástrica con Coca-Cola®.

Una fibrogastroscoopia (FGS) confirmó la sospecha de bezóar al visualizar una masa blanda de contenido vegetal, de unos 6-7cm de longitud, que se logra fragmentar.

Evolucionó favorablemente, iniciando una dieta progresiva con buena tolerancia.

A los 6 días se repitieron la FGS y la Rx-Abd (Fig.3), que evidenciaron la resolución del cuadro, con total vaciamiento del estómago, por lo cual se le dio el alta hospitalaria.

Diagnóstico final:

· FITOBEZÓAR GÁSTRICO (CÓDIGO 935.2 DEL CIE-9)

Discusión:

El bezóar es una acumulación de sustancias no digeribles, orgánicas y/o inorgánicas, que forman masas de volumen variable, en diferentes niveles del tracto digestivo. Bezóar proviene del persa "pâdzahr" y significa "antídoto", pues en la antigüedad se creía que el bezóar podía curar y anular los efectos de algunos venenos.

Se clasifican según el material que los origina en:

Fitobezóars (fibras, semillas y piel de frutas y verduras), los más frecuentes, Tricobezóars (cabellos), Fármacobezóars (medicamentos) y Lactobezóars (mezclas de moco y leche no digerida).

Afecta más a los hombres (70%), con incidencia máxima en la 6ª década de la vida. Como principales factores predisponentes se mencionan enfermedades y/o fármacos que impliquen un tránsito gástrico lento como la diabetes (factor concurrente en nuestro caso), la cirugía gástrica previa no tiempo dependiente (a nuestro paciente se le realizó una Gastrectomía Billroth II hacía más de 40 años), masticación pobre y los trastornos psiquiátricos (Tricofagia, Síndrome de Rapunzel) entre otros.

Generalmente son asintomáticos; si hay clínica es inespecífica: dolor y distensión abdominal, náuseas, vómitos, alteración del ritmo deposicional, y muy frecuentemente anemia. La palpación en hemiabdomen superior de una masa blanda, habitualmente dolorosa, puede orientar el diagnóstico, como ocurrió en este paciente.

La evolución suele ser favorable con el tratamiento, aunque pueden complicarse con sangrado, migración y obstrucción intestinal; menos frecuentes, pero más graves, son la ulceración y perforación gástrica. En nuestro caso no se dio ninguna complicación.

El diagnóstico se basa en la Rx-Abd, ecografía, TAC-Abd y FGS. El tratamiento inicial, años atrás, era quirúrgico, pero actualmente se logran buenos resultados con medidas conservadoras y con menor tasa de complicaciones, mediante terapia enzimática con Coca-Cola y/o celulasa, junto con fragmentación endoscópica del bezóar (ambas se usaron en este caso) que facilita su posterior eliminación espontánea; esta terapia puede fallar en los Tricobezóars.

El presente caso interesa por tener una clínica inespecífica de dolor abdominal (un motivo frecuente de consulta en los SU), con una tumoración palpable, y porque esta patología puede tener consecuencias graves (2.4 % de las obstrucciones intestinales).

Bibliografía:

1. Ben-Porat T, Sherf Dagan S, Goldenshluger A, Yuval JB, Elazary R. Gastrointestinal phytobezoar following bariatric surgery: Systematic review. Surg Obes Relat Dis. 2016 Nov;12(9):1747-1754. doi: 10.1016/j.soard.2016.09.003. Epub 2016

Sep 9.

2. Couceiro A, Viveiro C, Capelão G, et al. Trichobezoar – A Rare Cause of Abdominal Mass and Gastric Outlet Obstruction. *GE Portuguese Journal of Gastroenterology*. 2016;23(1):50-53. doi:10.1016/j.jpge.2015.08.003.

3. Kement, M., Ozlem, N., Colak, E., Kesmer, S., Gezen, C., & Vural, S. (2012). Synergistic effect of multiple predisposing risk factors on the development of bezoárs. *World Journal of Gastroenterology*: WJG, 18(9), 960–964. <http://doi.org/10.3748/wjg.v18.i9.960>

4. Ladas, S.D., Kamberoglou, D., Karamanolis, G. et al, Systematic review: Coca-Cola can effectively dissolve gastric phytobezoárs as a first-line treatment. *Aliment Pharmacol Ther*.

2013;37:169–173.

5. Lin Y-M, Chiu N-C, Li AF-Y, Liu C-A, Chou Y-H, Chiou Y-Y. Unusual gastric tumors and tumor-like lesions: Radiological with pathological correlation and literature review. *World Journal of Gastroenterology*. 2017;23(14):2493-2504. doi:10.3748/wjg.v23.i14.2493.

6. Nelson A, Romo N, Levanon D, Blumfield E, Gershel J. Gastric Bezóar Treatment Using Oral Coca-Cola. *Clin Pediatr (Phila)*. 2017 May; 56(5):485-487. doi: 10.1177/0009922816684608.

7. Ugenti I, Travaglio E, Lagouvardou E, Caputi lambrenghi O, Martines G. Successful endoscopic treatment of gastric phytobezóar: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2017;37:45-47. doi: 10.1016/j.ijscr.2017.06.015. Epub 2017 Jun 15.



Figura : Rx de Abdomen (en el SU)

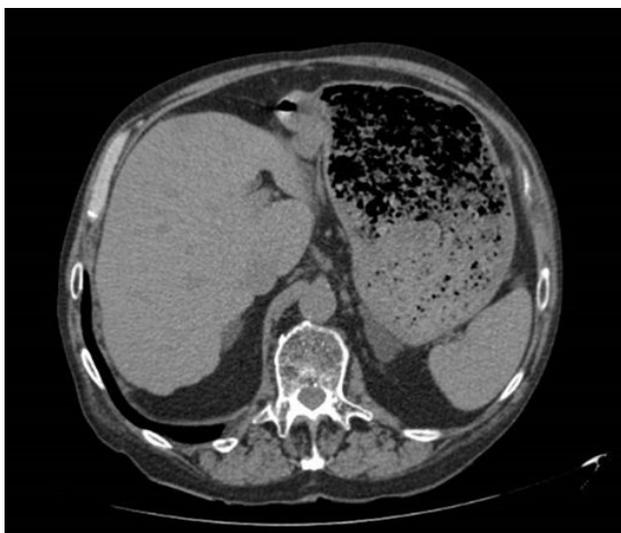


Figura : TAC Abdominal (en el SU)



Figura : Rx de Abdomen (en planta de Cirugía)