

## 423/40 - FITOBEZOAR. UNA CAUSA RARA DE EPIGASTRALGIA

M. Paños Martínez<sup>1</sup>, J. Monllor Méndez<sup>2</sup>, M. Jiménez Ganado<sup>3</sup>, B. Lería Sánchez<sup>1</sup>, L. Llerena Muñoz<sup>4</sup>, E. Carabajo Gambarro<sup>5</sup>, C. Agudelo Lombada<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Villarta de San Juan. Ciudad Real, <sup>2</sup>Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina de Familia. Centro de Salud de Villarta. <sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Mancha Centro de Alcázar de San Juan. Ciudad Real, <sup>4</sup>Residente de 4<sup>º</sup> año de Medicina de Familia. Centro de Salud de Puerto Lapice. Castilla La Mancha, <sup>5</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. FEA de Urgencias Hospital Mancha Centro. Ciudad Real.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 39 años, fumadora y con el antecedente de coloplastia secundaria a estenosis tras ingesta de cáusticos, acude a Atención Primaria (AP) por epigastralgia de 5 días de evolución relacionada con la ingesta. Tras unas anamnesis y exploración física dentro de la normalidad, se inicia tratamiento analgésico y sintomático, así como dieta astringente y observación domiciliaria. Días más tarde acude de nuevo por persistencia de los síntomas. Se solicita radiografía de tórax y abdomen objetivando distensión gástrica leve sin signos obstructivos u otros hallazgos de interés y pruebas analíticas y de orina normales. Se decide derivación a consultas de digestivo. A los pocos días la paciente vuelve a consultar por vómitos tras ingesta y estreñimiento, siendo remitida a (SUH). En el hospital destaca la palpación de una masa dolorosa a nivel epigástrico, sin signos de irritación peritoneal. Se pauta analgesia y se solicita una nueva analítica con perfil abdominal e imágenes radiológicas. La radiografía abdominal muestra una imagen redondeada delimitada a nivel epigástrico de consistencia sólida. Analítica sin alteraciones. Se cursa hospitalización en digestivo para estudiar dicha imagen. Durante el ingreso se solicita TAC toracoabdominal, visualizando coloplastia con estenosis severa y bezoar en pared anterior de 8 × 5 cm. Una gastroscopia posterior confirma un bezoar de fibras vegetales. Se procede a la extracción del mismo tras fragmentación y permeabilización de la estenosis. Tras esto se resuelve el cuadro clínico con cese del dolor y de los vómitos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Desde el servicio de Atención Primaria: Análisis de sangre y orina. Radiografía de tórax y abdomen. Pruebas complementarias solicitadas a nivel hospitalario. Análisis con perfil abdominal. Radiografía de tórax y abdomen. TAC toracoabdominal. Gastroscopia.

**Juicio clínico:** Fitobezoar. Estenosis de coloplastia.

**Diagnóstico diferencial:** Gastritis. Obstrucción intestinal. Bezoar. Trastornos psicogénos. Síndrome paraneoplásico. Neuropatías. Tratamientos farmacológicos.

**Comentario final:** El dolor abdominal es uno de los síntomas más comunes que causan búsqueda de atención médica. En la mayoría de casos la identificación del problema resulta complejo, ya sea por la causa o la gran variedad de síntomas acompañantes. Por este motivo el objetivo inicial de la evaluación es identificar aquellos pacientes que requieran una intervención urgente. Una buena historia clínica y examen físico dará lugar a un diagnóstico diferencial, que a su vez nos ayudará a la selección correcta y razonada de las diversas pruebas complementarias.

## Bibliografía

Gelrud D. Gastric bezoars. En: Lee S, ed. UpToDate. Waltham, Mass., 2019.

Bordeianou L. Epidemiology, clinical features, and diagnosis of mechanical small bowel obstruction in adults. En: Lee S, ed. UpToDate. Waltham, Mass., 2017.

Penner RM. Evaluation of the adult with abdominal pain. En: Lee S, ed. UpToDate. Waltham, Mass., 2017.