

## Nota clínica

### Asociación de dolor y masa abdominal en niños. Presentación de dos casos clínicos

M. HERNÁNDEZ CARBONELL, A.C. HERNÁNDEZ VILLARROEL, A.I. VALLADARES DÍAZ,  
A. GARCÍA RODRÍGUEZ, M. CARRÓN BERMEJO

*Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia.*

#### RESUMEN

El dolor abdominal es uno de los motivos más frecuentes de consulta en Pediatría. La asociación de una masa abdominal palpable es un hallazgo relevante que nos obliga a realizar un estudio completo de forma preferente, siendo prioritario descartar malignidad u otras complicaciones como la compresión de órganos vitales. La mayoría de los casos se corresponden con procesos benignos, siendo más frecuente este hallazgo en niños menores de 5 años. A continuación, se describen dos casos clínicos cuyo síntoma inicial fue el dolor abdominal con el hallazgo casual de una masa abdominal y diagnóstico final de patologías importantes. El primer caso se trata de un varón de 3 años intervenido de forma urgente por cuadro de abdomen agudo, en cuya cirugía se encontró una masa abdominal llegando finalmente al diagnóstico de linfangioma quístico retroperitoneal. El segundo caso se trata de un varón de 9 años con dolor abdominal de larga evolución y aumento progresivo del mismo con hallazgo de masa palpable a la exploración física, que fue diagnosticado de linfoma de Burkitt.

**Palabras clave:** Dolor abdominal; Masa abdominal; Pediatría.

#### ABSTRACT

Abdominal pain is one of the most frequent reasons for a Paediatric consultation. The association of a palpable abdom-

inal mass is a relevant finding that forces us to preferentially carry out a complete examination, being a priority to rule out malignancy or other complications such as compression of vital organs. Most of the cases correspond to benign processes, being more frequent in children under 5 years of age. Two clinical cases of children whose initial symptom was abdominal pain with the finding of an abdominal mass and final diagnosis of serious pathologies are described below. The first case is a 3-year-old boy who underwent emergency surgery for acute abdomen, in whose surgery an abdominal mass was found and the diagnosis of retroperitoneal cystic lymphangioma was finally reached. The second case is a 9-year-old boy with long-standing, progressive increase in abdominal pain with a finding of a palpable abdominal mass on physical examination, who was diagnosed with Burkitt's lymphoma.

**Key words:** Abdominal pain; Abdominal mass; Paediatrics.

#### INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal en los niños constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta tanto en asistencia primaria como hospitalaria. Son múltiples las causas que lo pueden originar, siendo muy importante una correcta anamnesis y exploración física detallada, prestando especial interés a los signos de alarma que nos puedan orientar en el

*Correspondencia:* Marina Hernández Carbonell. Calle Luis Erik Clavería neurólogo, s/n. 40002 Segovia  
*Correo electrónico:* marinahernandez@hotmail.com

© 2020 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León  
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

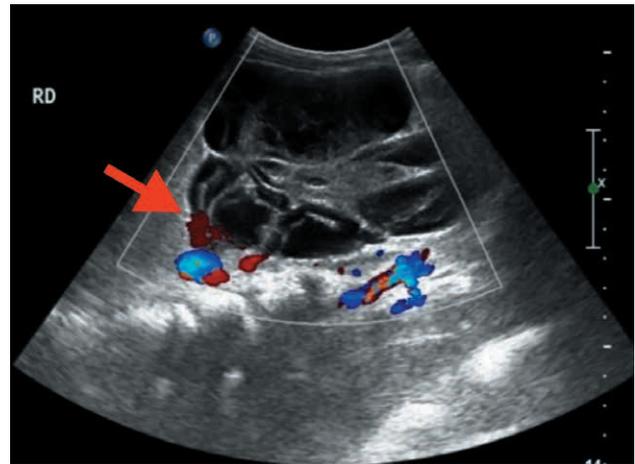
diagnóstico, la necesidad de exploraciones complementarias o atención urgente según el caso.

El hallazgo de una masa abdominal durante la valoración de un niño con dolor abdominal es algo relativamente frecuente en menores de 5 años; la mayoría de ellas, de etiología benigna, corresponden a organomegalias en el 57% de los casos<sup>(1)</sup>, el resto se dividen en malformaciones congénitas o tumores. Sin embargo, a mayor edad mayor probabilidad de malignidad, por lo que ante el hallazgo de una masa abdominal es preciso realizar un estudio completo de forma preferente para poder definir de forma clara su etiología. La localización más frecuente de las masas de origen tumoral es retroperitoneal (90%), siendo en su mayoría derivadas del tracto urinario<sup>(2)</sup>. En algunos casos también se pueden presentar de forma asintomática, detectándose como un hallazgo casual por los propios padres durante el baño, durante una exploración física rutinaria, o de forma incidental durante la realización de pruebas de imagen por diferentes causas. En otros casos, puede estar asociada a síntomas inespecíficos como distensión abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, etc., o puede ir acompañada de sintomatología más específica, dependiendo de su localización, pudiendo originar cuadros de urgencia vital. Las posibilidades diagnósticas son muy amplias, pero se pueden orientar en función de la edad de presentación, sexo, localización de la masa y presencia de signos o síntomas asociados.

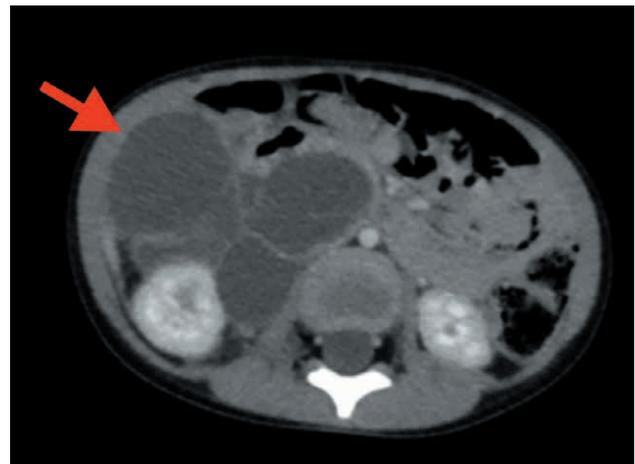
A continuación, se describen dos casos clínicos con hallazgo casual de masas abdominales en contexto de cuadros de dolor abdominal.

### CASO CLÍNICO 1

Niño de 3 años que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal intenso de pocas horas de evolución y de localización difusa. A la exploración física se objetivan signos de irritación peritoneal, sin masas palpables. Se extrae analítica de sangre, sin hallazgos significativos, y se solicita ecografía abdominal, en la que se describe ectasia pielocalicial derecha y presencia de líquido libre intraperitoneal, sin visualizarse el apéndice cecal. Ante los hallazgos en la exploración física y los resultados de las pruebas complementarias, se decide realizar intervención quirúrgica urgente por sospecha de apendicitis aguda. En la cirugía inicial como hallazgo a destacar se describe la presencia de ileítis terminal y llama la atención la visualización directa de una marcada dilatación del uréter derecho con la palpación de una masa retroperitoneal. Se decide completar estudio



**Figura 1.** Masa heterogénea localizada en retroperitoneo, no vascularizada, que condiciona hidronefrosis derecha.



**Figura 2.** Lesión quística politabacada retroperitoneal en FD de 10,8 cm de diámetro que comprime uréter derecho de características no infiltrativas.

con ecografía abdominal de control (Fig. 1), en la cual se observa una masa heterogénea localizada en retroperitoneo que condiciona una hidronefrosis derecha, y TAC abdominal (Fig. 2), hallándose una lesión quística politabacada retroperitoneal en flanco derecho de 10,8 cm de diámetro mayor, que contacta de manera íntima con el riñón derecho, marco duodenal, cabeza pancreática, estructuras vasculares y uréter derecho al cual comprime, presentando características radiológicas no infiltrativas.

Con estos hallazgos, se planteó como primera opción diagnóstica la posibilidad de un linfangioma quístico retroperitoneal. Dentro del diagnóstico diferencial, se incluyeron

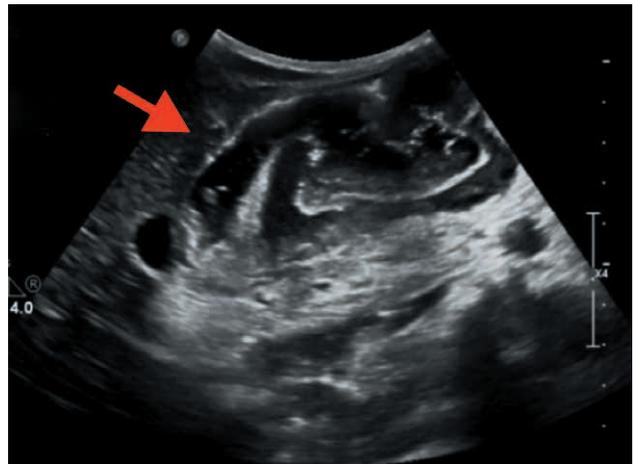
otras lesiones quísticas peritoneales (quiste mesotelial, leiomioma quístico, mesotelioma quístico...), descartándose la posibilidad de patología tumoral habitual de esa localización (neuroblastoma, tumores renales o teratomas quísticos) ya que no cumplía las características de imagen propias de los mismos.

El paciente fue derivado al centro de referencia (Hospital Clínico Universitario de Valladolid), donde se confirmó la sospecha diagnóstica inicial de linfangioma quístico retroperitoneal y se realizó la intervención quirúrgica para exéresis de la masa, con evolución postquirúrgica adecuada y sin presentar incidencias posteriores hasta el momento.

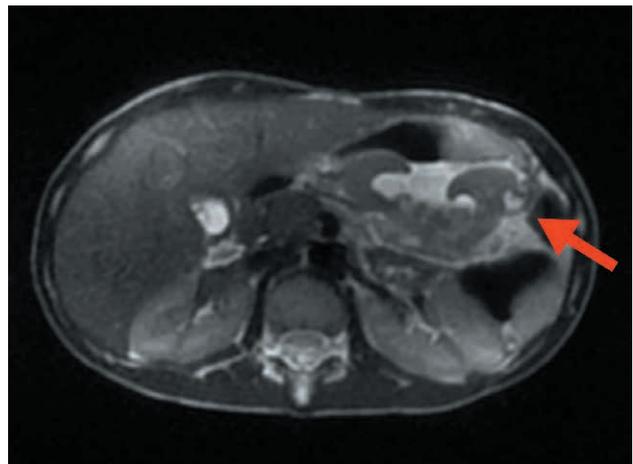
## CASO CLÍNICO 2

Niño de 9 años que consulta con su pediatra de Atención Primaria por presentar dolor abdominal de unos 10 días de evolución, inespecífico, no focalizado y asociado a algún vómito aislado. Durante la primera evaluación la exploración abdominal no reveló hallazgos significativos, no se objetivaron datos de alarma, así como resto de exploración física normal, por lo que recibió el alta a domicilio. Consulta de nuevo a los pocos días por empeoramiento del dolor, con aumento significativo de la intensidad y focalización en zona epigástrica, acompañado de alteración del estado general, con hiporexia y pérdida de peso. A la exploración física se palpa zona engrosada en hipocondrio izquierdo, por lo que es derivado al hospital. En el Servicio de Urgencias se solicita ecografía abdominal (Fig. 3), en la que se visualiza una lesión de aspecto quístico, de pared gruesa, que presenta comunicación amplia con el estómago, hallazgos compatibles con posible quiste de duplicación gástrico complicado. Ante estos hallazgos y la posibilidad de sangrado, se decide completar estudio con TAC abdominal urgente (Fig. 4), donde se aprecia una cavidad de paredes engrosadas de 8 cm de diámetro mayor, en comunicación con la cámara gástrica, asociando adenopatías y afectación difusa de la grasa local. El resto de las pruebas complementarias realizadas resultaron normales.

Ante los hallazgos descritos en las pruebas complementarias se deriva al centro de referencia (Hospital Clínico Universitario de Valladolid) para completar estudio, siendo diagnosticado de linfoma gástrico Burkitt estadio III clasificación Sant Jude. Realizan gastrectomía parcial tipo Billroth I e inician tratamiento quimioterápico según protocolo INTER-B-NHL 2010. Presenta buena evolución posterior, encontrándose actualmente en remisión completa.



**Figura 3.** Doble cavidad en el interior del estómago. Posible quiste de duplicación gástrico complicado.



**Figura 4.** Cavidad engrosada 8 mm comunicada con la cavidad gástrica con afectación de grasa local.

## DISCUSIÓN

El hallazgo de una masa abdominal asociada o no a dolor abdominal, ya sea de forma incidental por los padres, durante la exploración física o durante la realización de pruebas complementarias, nos obliga a realizar un estudio completo de forma preferente. La urgencia de este dependerá de los síntomas asociados y la forma de presentación, pudiendo en algunos casos presentarse con clínica de perforación u obstrucción intestinal, con cuadros de hemorragia intestinal o síndrome de lisis tumoral<sup>(8)</sup>.

El diagnóstico diferencial dependerá de la edad, la historia clínica, los síntomas asociados y los hallazgos en la explo-

ración física, sobre todo la localización<sup>(9,3)</sup>. En función de la edad, en el recién nacido suelen tener un origen benigno, siendo las más frecuentes las malformaciones genitourinarias y digestivas; en niños entre un mes y un año el 50% de las masas son malignas; en mayores de un año el 70% son tumores renales, neuroblastomas o tumores de Wilms; en niños mayores de 10 años aumenta la incidencia de sarcomas, tumores de células germinales y linfomas abdominales<sup>(10,5)</sup>.

En la anamnesis es imprescindible preguntar por antecedentes de traumatismos, tiempo de evolución, alteraciones del hábito intestinal o miccional, presencia de hematuria, melena, vómitos, náuseas y variaciones en el peso. La presencia o ausencia de estos antecedentes nos pueden ayudar a orientar la etiología y órgano de origen del tumor.

La exploración física debe ser detallada, realizándose la palpación abdominal con ambas manos, intentando definir las características de la masa (localización, tamaño, consistencia, movilidad, forma, dependencia, etc.). Deben registrarse las malformaciones asociadas (aniridia, hemihipertrofia, etc.) o la existencia de un fenotipo peculiar que pueda orientar a la presencia de síndromes con predisposición genética para el desarrollo de ciertos tumores<sup>(9,8)</sup>.

Los exámenes complementarios de primer nivel incluyen una analítica completa dirigida y pruebas de imagen, siendo la ecografía abdominal de primera elección, ya que nos permite identificar el tamaño, la extensión y la relación con estructuras vecinas, entre otras características. La radiografía abdominal puede ser útil en caso de una posible obstrucción o para localizar calcificaciones. La tomografía axial computarizada (TAC), los marcadores tumorales y los estudios citológicos, entre otros, son estudios de segundo nivel que permiten guiar la conducta más apropiada para llegar al diagnóstico definitivo y poder definir la conducta terapéutica a seguir, así como el pronóstico.

En el primer caso presentado el diagnóstico fue de linfangioma quístico retroperitoneal en un niño de 3 años con clínica de abdomen agudo. Se trata de un tumor benigno, poco frecuente, que aparece en un 90% de los casos en los dos primeros años de vida<sup>(12)</sup>. La etiología es desconocida, aunque la teoría más aceptada es la congénita. Muchas veces son asintomáticos y su diagnóstico es casi siempre casual, aunque también pueden comprimir estructuras vecinas, pudiendo producir complicaciones con síntomas como en este caso, que se presentó como un cuadro de abdomen agudo, pudiendo también producir cuadros de obstrucción ureteral, ictericia o anemia, entre otros. En el diagnóstico son fundamentales los estudios de imagen como la ecografía o la TAC, siendo también preciso en ocasiones realizar resonancia magnética nuclear o aspiración con aguja fina para precisar

el contenido de la lesión o ayudar a confirmar el diagnóstico preoperatorio. El tratamiento definitivo, a pesar de ser un tumor benigno, es la resección quirúrgica completa, incluyendo la afectación de los órganos adyacentes. La resección parcial puede tener riesgo de recidiva y malignización. En el diagnóstico diferencial es importante el estudio anatómopatológico, siendo preciso diferenciarlo de otros tumores quísticos retroperitoneales frecuentes en niños como el teratoma quístico benigno, los quistes de mesenterio y otras masas retroperitoneales<sup>(12,13)</sup>.

El segundo caso se trata de un niño de 9 años con dolor abdominal de varios días de evolución, con empeoramiento progresivo y palpación de masa abdominal durante la exploración física, con diagnóstico final de linfoma de Burkitt. En estos tumores es habitual su presentación como masa abdominal en niños entre 5 y 10 años, siendo frecuente su presentación clínica simulando un cuadro de apendicitis aguda o invaginación intestinal. En algunos casos localizados la resección quirúrgica es el tratamiento definitivo, precisando muy poca quimioterapia, como en este caso. Sin embargo, en ocasiones la afectación abdominal es difusa y masiva, afectando el mesenterio, el peritoneo, los riñones y ovarios<sup>(11)</sup>. En los estadios I y II se consiguen tasas de curación del 95-98%, pero en estadios más avanzados se precisan tratamientos más largos y complejos, con tasas de supervivencia de casi un 90% en estadio III y casi un 85% en estadio IV.

Para concluir, podemos destacar que la exploración abdominal es de suma importancia en la valoración de los pacientes pediátricos. El hallazgo de cualquier masa abdominal, ya sea durante la valoración de un paciente con dolor abdominal o de forma casual bien por los propios padres durante el baño, durante una exploración física rutinaria o durante la realización de pruebas de imagen por diferentes causas, nos obliga a realizar un estudio completo de forma preferente. Conocer las causas más frecuentes por localización anatómica y edad nos ayuda a encaminar el diagnóstico diferencial y evitar retrasar los estudios complementarios necesarios, que nos permitirán realizar un diagnóstico definitivo y establecer la necesidad de tratamiento médico o quirúrgico según el caso.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Burgos ME, Conde F, Pabón N, Sánchez La Rosa C. El niño con masa abdominal. En: Series de Pediatría Garrahan: El niño con cáncer. 2017. p. 15-52.
2. Fernández Jiménez I, De Diego García EM, Trugeda Carrera MS, Sandoval González F. Masas abdominales en la infancia. Bol Pediatr. 2001; 41: 122-30.

3. Potisek NM, Antoon JW. Abdominal masses. *Pediatr Rev.* 2017; 38: 101-3.
4. Stevenson RJ. Abdominal masses. *Surg Clin North Am.* 1985; 65: 1481-504.
5. Golden CB, Feusner JH. Malignant abdominal masses in children: quick guide to evaluation and diagnosis. *Pediatr Clin North Am.* 2002; 49: 1369-92.
6. Ramos R, Rodríguez-Luis JC, Gómez J, Domínguez M, Pérez R. Actitud diagnóstica ante una masa abdominal en la infancia. *Canarias Pediátrica.* 2000; 24: 57-64.
7. Álvarez AM, Alfaro J, Pineda G. Tumores de abdomen y pelvis en el niño. *Pediatr Integral.* 1995; I: 51-8.
8. Mateos González ME. Enfoque diagnóstico ante una masa tumoral. *Vox Paediatr.* 2019; 26: 50-3.
9. Huerta Aragonés J. Oncología para el pediatra de Atención Primaria (I): signos y síntomas sugerentes de patología neoplásica. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2014; 7: 4-15
10. Organización Panamericana de la Salud. Diagnóstico temprano del cáncer en la niñez. Washington, DC: OPS, 2014.
11. Sánchez de Toledo Codina J, Sábado Álvarez C. Linfomas de Hodgkin y no Hodgkin. *Pediatr Integral.* 2012; XVI: 463-74
12. Fernández Pérez J, Morán Penco JM, Pimentel JJ, Sanjuan Rodríguez S. Linfangioma quístico retroperitoneal en la infancia. *Cir Pediatr.* 2001; 14: 41-3
13. Mata Fernández C. Linfoma de Burkitt: el tumor pediátrico más frecuente en África. *Acta Pediatr Esp.* 2008; 66: 322-6.