

Caso clínico

El estreñimiento infantil no siempre es benigno.

Victoria María Díaz Marugán, José María Gómez Ocaña, Carmen María Montes Gutiérrez, Carlos de Lorenzo-Cáceres Cantero.

Centro de Salud Pintores, Parla, Madrid.

Niño de 3 años de edad, que acude a la consulta por estreñimiento de 10 días de duración. Sin antecedentes personales de interés, con peso y talla en percentiles habituales (p25 y p50 respectivamente).

En la exploración física destaca una masa en flanco izquierdo de 2,5 cm x 1 cm, no dolorosa, de consistencia elástica. Con la sospecha diagnóstica de fecaloma se inicia tratamiento con medidas higiénico-dietéticas y laxantes y se cita para control en 24 horas. Ante la persistencia de la masa, realizamos ecografía abdominal en nuestro centro.

En la ecografía observamos una imagen nodular en parénquima hepático derecho heterogénea sin ecodoppler en su interior, (figura 1). Además, en flanco izquierdo vemos una imagen de características complejas, heterogéneas, sin firma digestiva, con múltiples nódulos no vascularizados, bien delimitados y con contenido heteroecoico en su interior (figura 2 y 3). Vemos que la masa no depende de las suprarrenales.



Figura 1. Imagen nodular hipoeoica heterogénea intrahepática.

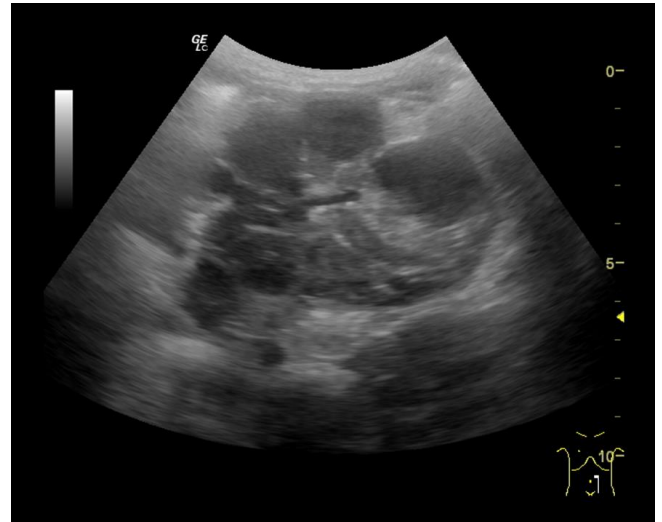


Figura 2. Masa heteroecoica multinodular sin sombra posterior en flanco izquierdo.

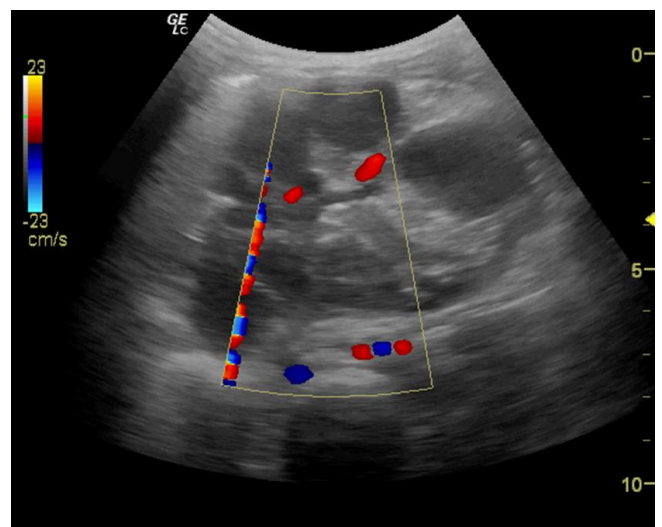


Figura 3. Ecodoppler de la lesión.

Esta imagen nos hizo pensar en fecaloma como primera posibilidad por ser la causa más frecuente de estreñimiento con masa en flanco en niños. Repetimos la ecografía a las 24 horas, persistiendo la misma imagen descrita, lo que nos anula nuestro diagnóstico inicial y nos hace sospechar de malignidad. Por ello, se completa estudio en el Hospital, donde realizan TAC que informan como masa sospechosa de proceso linfoproliferativo (figura 4 y 5). El diagnóstico se confirma con la biopsia de la masa: Linfoma no Hodgkin (LNH) de Burkitt, sin diseminación.

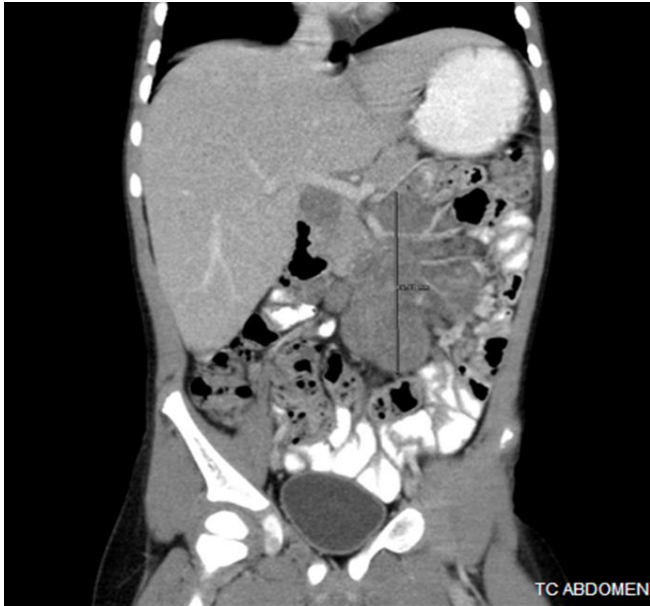


Figura 4. TC abdomen con la masa adenopática, corte sagital

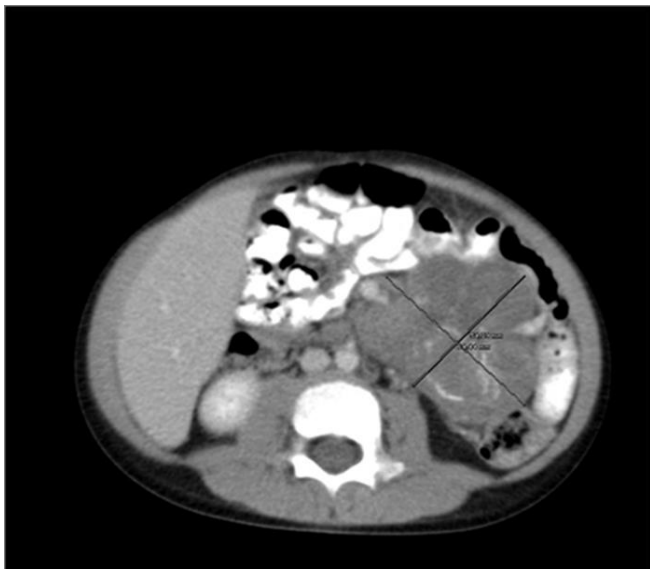


Figura 5. TC abdominal con la masa adenopática, corte transversal.

COMENTARIO

En la ecografía abdominal debemos descartar las distintas causas de estreñimiento infantil con masa en flanco izquierdo, que por orden de frecuencia son:

- Fecaloma: El estreñimiento funcional crónico es la causa más frecuente de estreñimiento en niños. El diagnóstico es clínico y el tratamiento consiste cambios higiénico-dietéticos con o sin laxantes ¹. Fue nuestra primera sospecha diagnóstica por la clínica. En la ecografía se vería la típica imagen de tubo digestivo con su firma de 5 capas (firma digestiva: mucosa, submucosa, muscularis mucosa, muscular propia y serosa) con dilatación de la luz, con contenido sólido, gas y/o líquido (heteroecogénico) y con movimientos peristálticos evidentes o ausentes (Figura 6). Va en contra de este diagnóstico

que no haya respondido a laxantes y la ausencia de firma digestiva

- Neuroblastoma: Es el tumor sólido extracraneal más frecuente en la infancia. Su localización es: suprarrenales (35%), extrasuprarrenales (30-35%), mediastino posterior (20%), otros (10%). La clínica depende de la localización anatómica; en la localización abdominal las masas suelen ser palpables y frecuentemente producen dolor y distensión abdominal. Pueden comprimir los vasos renales y debutar con hipertensión arterial ². En la ecografía se vería lesiones sólidas, heterogéneas por sangrado/necrosis y a veces con calcificaciones, que pueden producir sombra acústica. Están hipervascularizadas en el estudio doppler ³.

- Nefroblastoma o tumor de Wilms: Es el tumor renal más frecuente en pediatría y la neoplasia abdominal más frecuente entre 1 y 8 años. Puede ser bilateral hasta en el 13% de los niños y puede estar asociado a anomalías congénitas (criptorquidia, hemihipertrofia, hipospadias y aniridia esporádica) o síndromes. Suele cursar como una masa palpable, aunque en ocasiones puede producir síntomas constitucionales o hipertensión arterial. En la ecografía se observarían tumores grandes, que reemplazan el parénquima renal, heterogéneos. Se debe descartar extensión tumoral a la vena cava inferior a través de la vena renal ⁴.

- Teratoma: Es un tumor raro que suele situarse cerca del polo superior del riñón izquierdo. En la ecografía se vería una imagen heterogénea con contenido tanto líquido como sólido ⁵.

- Masas esplénicas: Tanto los tumores benignos como malignos son raros en la infancia. Suelen situarse cerca del polo superior del riñón izquierdo. En la ecografía se observaría una masa en bazo, de distintas características según etiología.

- Linfoma: Es infrecuente en el abdomen. En la ecografía se verían lesiones intrahepáticas focales hipoeoicas sólidas, hepatomegalia, esplenomegalia y/o adenopatías retroperitoneales aisladas o conglomerados adenopáticos, como es el caso.

Dentro de los linfomas se incluyen el Linfoma de Hodgkin y LNH. Hay varios tipos de LNH siendo el más frecuente el Linfoma Burkitt, que suele cursar como una masa abdominal o faríngea. Es una masa de rápido crecimiento, que puede simular un abdomen agudo. Se debe pensar en esta patología ante una invaginación en un niño mayor de 2 años. El tratamiento consiste en quimioterapia de alta intensidad y corta duración, ya que es un tumor muy sensible. El pronóstico es bueno, con una tasa de curación del 77%, cercana al 100% en estadios iniciales ⁶.

CONCLUSIONES

La mayoría de los casos de LNH en niños se diagnostican ya diseminados, lo que en este caso se pudo evitar gracias a la realización precoz de la ecografía en Atención Primaria. Este caso refleja la importancia de saber diferenciar la firma digestiva, que orienta hacia procesos banales, frente a otras imágenes que pueden indicar pro-

cesos malignos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estreñimiento. Bautista-Casasnovas A. *An Pediatr Contin* 2011;9:201-8.
2. Tumores sólidos más frecuentes en la infancia. Sierrasesumaga L. *An Pediatr Contin* 2004;2(3):153-62.
3. Tumores abdominales en pacientes pediátricos del Hospital San José, Tec de Monterrey: correlaciones clinicoradiológicas. Cano I, Ruiz JA. *An Rad Mexico* 2011;4:274-95.
4. Masas abdominales en la infancia. Fernández I, de Diego EM, Trugeda MS, Sandoval F. *Bol Pediatr* 2001;41:122-35.
5. Tumores abdominales malignos en la infancia. Orientación diagnóstica. Campbell M, Ferreiro M, Bronda A, Wong C, Tordecilla J, Joannon P, Rizzardini C. *Rev. chil. pediatr.* 1999;7(6). <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061999000600003>
6. Linfoma de Hodgkin y no Hodgkin. Toledo JS, Sábado C. *Pediatr Integr* 2016;XX(6):390-400.