

# Dolor abdominal crónico: ¿otro caso de causa funcional?

---

A. Sangrós Giménez, R. Hernández Abadía, R. Subirón Ortego, Y. Aguilar De la Red, C. Calvo Escribano, A. de Arriba Muñoz

---

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2021; 51: 26-29]

## RESUMEN

El dolor abdominal crónico es una patología frecuente tanto en las consultas de Atención Primaria como en la atención especializada. En su abordaje es fundamental diferenciar el posible origen orgánico o funcional del mismo. Para ello, es necesario realizar una correcta historia clínica y una exploración física completa que orienten las distintas posibilidades diagnósticas. Presentamos el caso de un niño de 5 años con dolor abdominal en el flanco izquierdo y febrícula intermitente de 3 meses de evolución. Ante la presencia de hiporexia, pérdida de peso, decaimiento, palidez y dolor en extremidades inferiores, se solicitó una analítica sanguínea y una ecografía abdominal que objetivó una masa voluminosa sugestiva de tumoración de localización suprarrenal derecha. Durante el ingreso se completó el estudio, que confirmó la sospecha diagnóstica de neuroblastoma de origen suprarrenal con metástasis óseas e implantes pancreáticos. *Conclusión:* Los pacientes con dolor abdominal crónico que presenten signos y/o síntomas de alarma durante su evolución clínica requieren un abordaje individualizado en función de la sospecha diagnóstica.

## PALABRAS CLAVE

Dolor abdominal crónico, neuroblastoma, masa abdominal.

## *Chronic abdominal pain: Another case of functional cause?*

## ABSTRACT

*Chronic abdominal pain is a frequent pathology in both primary healthcare and specialized care. For treatment, it is essential to differentiate its possible organic or functional origin. Therefore, it is necessary to a precise medical history and perform a complete physical examination draw up the different diagnostic possibilities to be considered. We present the case of a five-year-old boy with abdominal pain in the left flank and intermittent fever for the last three months. Because of the presence of hyporexia, weight loss, tiredness, paleness and diffused bone pain, blood tests and an abdominal ultrasoundscan were requested. The latest showed an abdominal mass suggesting a tumor of right adrenal origin. During the admission, the study of the abdominal mass was completed confirming the diagnosis of neuroblastoma of adrenal origin with bone and pancreatic metastaseis. Conclusion: Patients with chronic abdominal pain who show warning signs and/or symptoms during their clinical evolution require an individualized approach based on the suspected diagnosis.*

## KEYWORDS

*Chronic abdominal pain, neuroblastoma, abdominal mass.*

---

**Correspondencia:** Ana Sangrós Giménez  
Hospital Infantil Miguel Servet.  
Paseo Isabel la Católica, 1-3. 50009 Zaragoza.  
Teléfonos: 976 76 56 04 / 976 76 55 00  
anasangros@hotmail.es  
Recibido: diciembre de 2019. Aceptado: febrero de 2020

---

## INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal crónico (DAC) se define como la presencia de dolor abdominal constante o intermitente en forma de episodios repetidos de menor duración cada vez, que se registra durante al menos un periodo de 2 meses<sup>(1)</sup>. El DAC afecta a un 10-19% de los niños en algún momento de su infancia<sup>(2)</sup>, por lo que es un motivo frecuente de demanda asistencial en Atención Primaria y especializada. Atendiendo a la etiología, el DAC se divide en orgánico y funcional<sup>(3)</sup>, siendo de origen funcional hasta en el 90% de las ocasiones<sup>(4)</sup>. Para diferenciar su origen, es necesario realizar una correcta historia clínica y una exploración física completa que orienten las posibilidades diagnósticas. En su abordaje se ha de indagar en la presencia de signos y síntomas de alarma que hacen más probable una causa orgánica (tabla 1), indicándose únicamente en ese caso la realización de pruebas complementarias<sup>(3)</sup>. La ausencia de datos de alarma y la capacidad de encuadrar el síndrome dentro de los trastornos gastrointestinales funcionales puede evitar la realización de pruebas complementarias innecesarias.

## CASO CLÍNICO

Niño de 5 años derivado a nuestro servicio de urgencias por dolor abdominal en el flanco izquierdo y febrícula intermitente de 3 meses de evolución. En el último mes refería hiporexia, pérdida de un kilo de peso y dolor en extremidades inferiores. Además, el dolor abdominal

se había intensificado, llegando incluso a despertarle por la noche. En la exploración física destacaba decaimiento y palidez cutánea, así como una masa a la palpación en el hemiabdomen derecho. Refería dolor en ambos cuadriceps y a la movilización de caderas. En urgencias se le realizó una analítica sanguínea en la que se objetivó anemia microcítica (Hb 8,6 g/L, Htco 26,8%, VCM 71 fL) y elevación de la cifra de plaquetas (520.000/mm<sup>3</sup>), procalcitonina (15 mg/dL) y LDH (693 U/L). Asimismo, se realizó una ecografía abdominal que mostró una masa sugestiva de tumoración de origen suprarrenal derecho (figura 1).

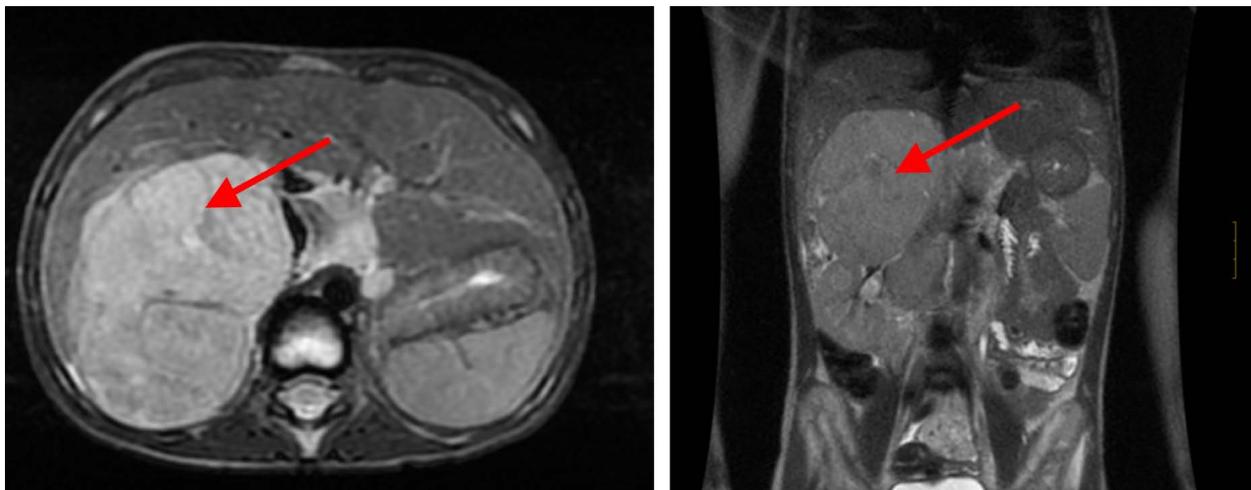


**Figura 1.** Ecografía abdominal. Se evidencia una voluminosa tumoración sólida con calcificaciones en su interior, de probable origen suprarrenal derecho.

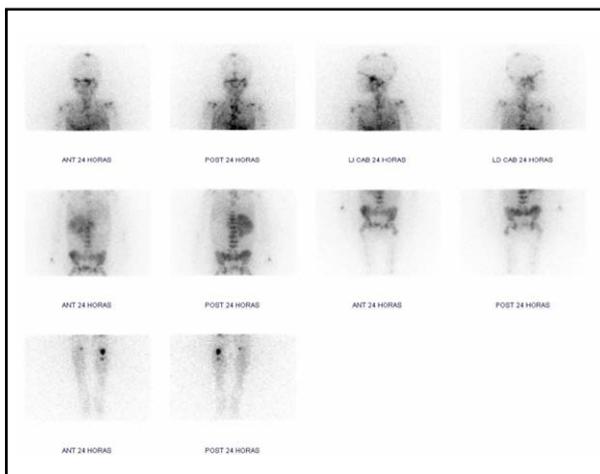
**Tabla 1.** Signos y síntomas de alarma

En la historia clínica	En la exploración física
–Localización del dolor: lejos de zona periumbilical o irradiado.	–Retraso puberal.
–Dolor persistente en cuadrante superior o inferior derechos.	–Dolor a la palpación en cuadrante superior o inferior derechos.
–Cambios en el ritmo deposicional y/o características de heces: $\geq 3$ veces al día, durante $\geq 2$ semanas.	–Dolor a la presión en ángulo costovertebral o en la columna.
–Diarrea nocturna.	–Distensión abdominal.
–Presencia de sangre en heces.	–Hepatomegalia o esplenomegalia.
–Vómitos proyectivos, biliosos, persistentes.	–Ictericia.
–Disfagia, odinofagia.	–Fisuras, fístulas, úlceras perianales.
–Astenia, anorexia. Pérdida de peso.	–Lesiones aftosas en boca.
–Síndrome miccional.	–Lesiones cutáneas (eritema nodoso).
–Fiebre inexplicable.	
–Artritis, artralgias.	
–AF de EC, EI, úlcera péptica.	

AF: antecedentes familiares. EC: enfermedad celiaca. EI: enfermedad inflamatoria intestinal.



**Figura 2.** Resonancia magnética abdominal. Se objetiva una gran masa dependiente de la suprarenal derecha y que se extiende hacia el retroperitoneo central atravesando la línea media y rodeando estructuras vasculares, compatible con neuroblastoma.



**Figura 3.** Gammagrafía MIBG. Se observa una masa abdominal en el cuadrante superior derecho y múltiples focos de captación ósea en calota, esqueleto axial y periférico.

mL) se encontraba aumentada (682,4 ng/mL). Finalmente, la biopsia de la masa confirmó el diagnóstico de neuroblastoma indiferenciado de la suprarenal derecha, y en la biopsia de la médula ósea se objetivó infiltración por el tumor. Ante el diagnóstico de neuroblastoma indiferenciado con metástasis a distancia, se decidió iniciar el tratamiento quimioterapéutico según el protocolo HR-NBL 1.8/SIOPEN, a la espera del estudio molecular.

## DISCUSIÓN

El neuroblastoma es el tumor maligno más frecuente en el primer año de vida, así como el tumor sólido extracranial más frecuente en la infancia. La mediana de edad de presentación son los dos años y el 90% se diagnostican en menores de cinco años<sup>(5)</sup>. La localización más frecuente es la abdominal, originándose el 65% en la glándula suprarenal. Le siguen en frecuencia la localización torácica y la cervical<sup>(6)</sup>.

Ante estos hallazgos se decidió su ingreso hospitalario para su estudio. En la resonancia magnética abdominal se confirmó dicha masa con implantes pancreáticos y metástasis óseas generalizadas (figura 2). La gammagrafía con metayodobenzilguanidina (MIBG) evidenció captación de la masa y diseminación ósea metastásica en calota, esqueleto axial y periférico (figura 3). Se estudiaron las catecolaminas y sus metabolitos en orina de 24 horas y se objetivó un incremento de las cifras de ácido homovalínico (19,13 mg/24h, normal: 0,8-2,5 mg/24h) y ácido vanilmandélico (40,71 mg/24h, normal: 3-20 mg/24h). La enolasa neuronal específica en sangre (normal <15 ng/

Los síntomas varían en función del origen del tumor y su diseminación. La presentación más típica es la de masa asintomática, aunque también puede ser causa de dolor o distensión abdominal. Puede originar síndromes paraneoplásicos, como ataxia cerebelosa, opsoclonía-mioclónia, diarrea acuosa o hipertensión arterial. Algunos de los síntomas son secundarios a las metástasis como, por ejemplo, dolor óseo por diseminación ósea, ojos en mapache por afección orbitaria, problemas respiratorios por metástasis hepáticas que producen compresión extrínseca, nódulos subcutáneos azulados o síndrome de Homer por afección del ganglio estrellado<sup>(6)</sup>. En nuestro

caso, el paciente presentaba asociado al dolor abdominal síntomas de alarma sugestivos de origen orgánico: febrícula intermitente, hiporexia, pérdida de peso y dolor de extremidades. Además, el dolor se localizaba en una región distinta de la periumbilical (típica de los dolores abdominales funcionales) y le despertaba por la noche. En la exploración destacaban como signos de alarma el decaimiento y la palidez cutánea, así como la palpación de una masa en el abdomen.

En el abordaje diagnóstico es fundamental realizar una historia clínica y una exploración física completa. Con respecto a las pruebas complementarias, se solicitará una analítica sanguínea con hemograma, hemostasia y bioquímica, incluyendo el análisis de LDH, ferritina y NSE. Además, como aproximadamente el 90% de los neuroblastomas son secretores, se estudiarán las catecolaminas y sus metabolitos en orina de 24 horas<sup>(5)</sup>. En relación con los estudios de imagen, la ecografía, la TC y la RM pueden ser de ayuda para localizar el tumor y evaluar la presencia de metástasis. La punción y aspiración de médula ósea resultan indispensables para el estudio de la extensión del tumor y la MIBG marcada con isótopos ayuda a determinar su localización y diseminación. Por último, será preciso el estudio histológico y el análisis molecular del tumor, que darán información pronóstica<sup>(5)</sup>.

Para el estadiaje del tumor se utilizan el sistema de estadiaje internacional de neuroblastoma (INSS), que tiene en cuenta la resecabilidad del tumor primario y, por ello, es posquirúrgico, y el sistema de estadiaje del neuroblastoma en grupos de riesgo (INRGSS), que analiza 13 factores pronósticos, siendo los más importantes el estadiaje INSS, la edad del paciente, la histología y diferenciación del tumor, la ampliación del gen N-myc, el cromosoma 11q y la ploidía. Con estos dos sistemas se pretende incluir al paciente en un determinado grupo de riesgo antes del inicio del tratamiento bajo criterios objetivos para así

optimizar al máximo el mismo<sup>(5)</sup>. Los pacientes de bajo riesgo presentan un pronóstico excelente. En el neuroblastoma de alto riesgo, la supervivencia libre de enfermedad a los 5 años a pesar del tratamiento multimodal es menor del 50%.

## CONCLUSIONES

En el abordaje diagnóstico del dolor abdominal crónico es fundamental realizar una historia clínica y una exploración física completa y adecuada para diferenciar el posible origen orgánico o funcional del mismo. En caso de encontrar signos o síntomas de alarma está indicada la realización de pruebas complementarias. La ecografía abdominal es una prueba inocua, no invasiva y con alta rentabilidad diagnóstica en el dolor abdominal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hyams J, Di Lorenzo C, Saps M, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology*. 2016; 150: 1456-68.
2. Saps M, Seshadri R, Sztainberg M, et al. A prospective school-based study of abdominal pain and other common somatic complaints in children. *J Pediatr*. 2009; 154: 322-6.
3. Di Lorenzo C, Colletti RB, Lehmann H, et al. Chronic abdominal pain in children: A clinical report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *Pediatrics*. 2005; 115: 812-5.
4. Saps M, Velasco-Benítez CA, Langshaw AH, et al. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in children and adolescents: Comparison between Rome III and Rome IV criteria. *J Pediatr*. 2018; 199: 212-6.
5. Barrena S, Rubio P, Martínez L. Neuroblastoma. *Cir. Pediatr*. 2018; 31: 57-65.
6. Hallet A, Traunecker H. A review and update on neuroblastoma. *PediatrChildHealth*. 2011; 22: 103-7.