



Jornadas Nacionales del Centenario  
de la Sociedad Argentina de Pediatría

## Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

Ciudad de Mendoza

24 al 26 de marzo de 2011

### CASO CLÍNICO

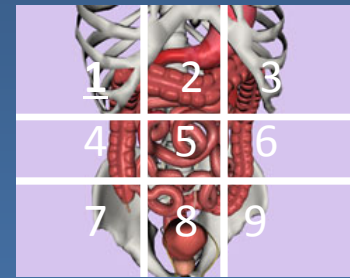
**Dra. Karina Devigo.**  
**Hospital de Niños Sor Maria Ludovica.**  
**La Plata.**



Paciente de sexo masculino de 4 años consulta a pediatra de cabecera por constipación asociado a dolor abdominal intermitente periumbilical (area 5).

Abdomen blando depresible, indoloro, RHA positivos.

Tacto rectal: ampolla rectal ocupada. Se indica dieta para constipación.



Un mes después concurre a control sin mejoría clínica. Se refuerzan pautas dietéticas.

Consulta en reiteradas oportunidades por episodios de dolor abdominal acompañados de distensión .

Interconsulta con gastroenterólogo realiza laboratorio, R x y ecografía abdominal (normal). Indica continuar con igual tratamiento.



Al 3<sup>o</sup> mes de iniciado los síntomas, los episodios de dolor se acentúan.  
Se deriva a cirujano infantil, que observa asimetría abdominal y palpa masa en hipocondrio y flanco derecho.  
Decide repetir los estudios complementarios .

**Rx de abdomen:** opacidad redondeada paramedial, subhepática que desplaza asas intestinales hacia la izquierda.

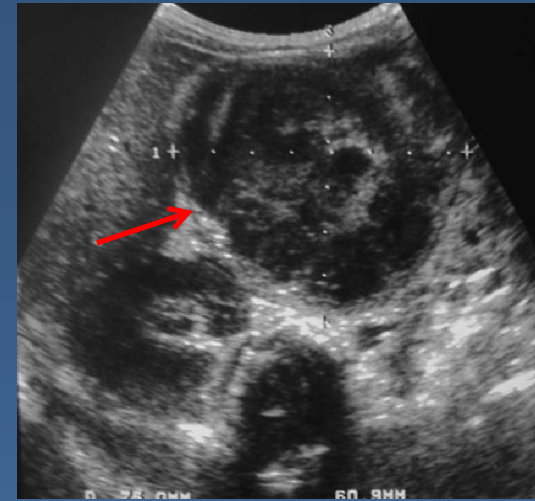




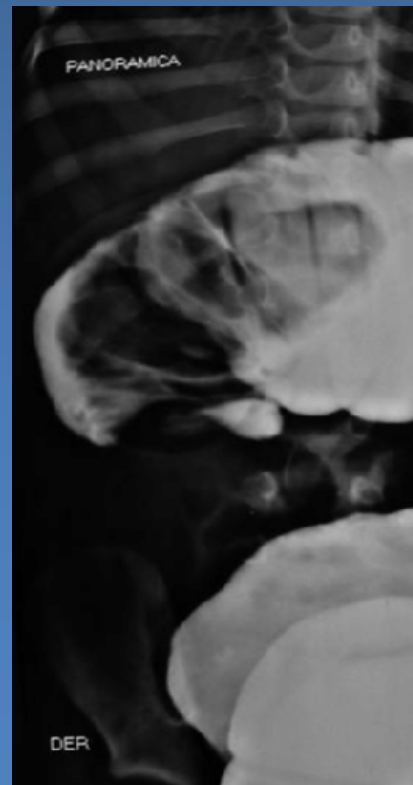
## Ecografía abdominal:

Imagen subhepática, compatible con invaginación intestinal de aproximadamente 10 cm. de diámetro.

A nivel cecal imagen con contenido (no se define si es intra o extra asa).



Colon por enema: se evidencia defecto de relleno que impresiona como una invaginación intestinal, la columna progresa, pero queda una falta de relleno. El contraste progresa hasta el ángulo hepático y parte del ascendente, no se distiende el ciego ni se franquea la válvula ileo cecal.





**TAC de abdomen (con contraste oral sin contraste EV):**  
formación redondeada de aproximadamente 7 cm. en hemiabdomen derecho con densidad de partes blandas y luz con contenido, que desplaza asas intestinales.





Se deriva a nuestro hospital.

Refieren los padres hiporexia y pérdida de peso en el último mes.

**Examen Físico:** Paciente en regular estado general, palidez cutaneomucosa, hemodinamicamente compensado. Peso: 16 Kg. Pc 50

Abdomen distendido, doloroso, se palpa masa abdominal indurada en hipocondrio y flanco derecho, RHA positivos.

**Laboratorio:** Datos positivos: Hb 9,4 gr. /dl, Hto 29,3%, LDH 2115 . Proteínas totales 55 gr./l, albúmina 32 gr./l, fibrinógeno 703 mg %, plaquetas 593.000 mm.

Función renal, hepática, ionograma y coagulograma normales.

Se decide realizar una videocolonoscopia ante la posibilidad de tumor endoluminal.

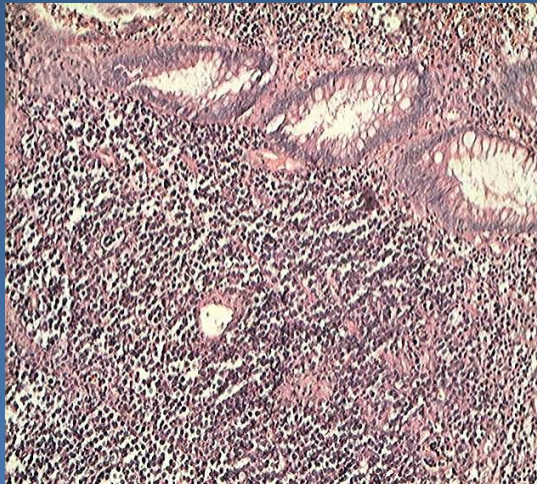
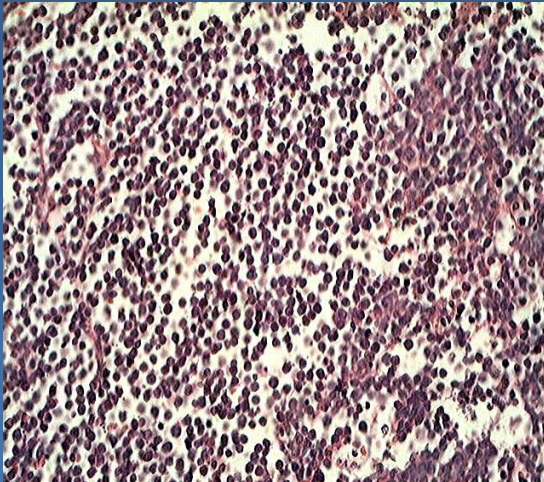
2010/09/01  
10:53:40

FOO  
BAR  
1/60





## Diagnóstico histopatológico: Linfoma Burkitt.



Se inicia tratamiento con quimioterapia.  
A los 15 días se palpa disminución de la masa abdominal.  
Luego de 3 meses de tratamiento presenta buena evolución  
clínica.





# Muchas gracias



## • BIBLIOGRAFIA

- David M. Biko. Childhood Burkitt Lymphoma: Abdominal and Pelvic Imaging Findings. AJR 2009; 192: 1304-1315.
- Sema Vural, MD. Diagnosis in Childhood Abdominal Burkitt's Lymphoma. Ann Surg Oncol (2010) 17: 2476-2479.
- Vela Casas F. Linfomas no Hodgkin y enfermedad de Hodgkin. Pediatr Integral 2004; VIII (6): 475-486.
- Frederic Millot. Endoscopic Diagnosis of childhood Burkitt's Lymphoma of the colon. JCO 2010; vol 28, 22: 374-375