

¿De dónde vienen los vómitos?



Josefina Marina Gil Belda

Tutores: Dr. Manrique y Dr. Clemente (Gastroenterología Ped)



Servicio de Pediatría, HGUA



EL PROBLEMA

- **MC:** niña de 11 años que presenta vómitos diarios y distensión tras las comidas desde hace meses, empeorando el último mes
- **AP:**
 - Intervención quirúrgica a los 5 años por Esofagitis grado I por RGE: se le realiza funduplicatura de Nissen vía laparoscópica
 - No RAMc. Alergia a neumoalérgenos



03-11
Mayo

12
Mayo

20-23
Mayo

06
Octubre

21
Octubre

Motivo y anamnesis: Epigastralgia.
Vómitos diarios de 2 semanas. Afebril

Pruebas complementarias:

AS: eosinofilia; **Bacterio:** *H.pylori* -

Parasito: negativo

TGI: pseudodivertículo (funduplicatura).

Discreta paresia gástrica

Endoscopia: discreto eritema en
cuerpo gástrico

Diagnóstico: Gastritis aguda

Tto: Domperidona + omeprazol

12 de mayo: Consulta

Persisten vómitos en todas las
tomas

Se intenta domperidona y
ciproheptadina sin resultado.

Cambia tratamiento a:

- ✓ Eritromicina
(procinético)
- ✓ Isosource jr
- ✓ Omeprazol

03-11
Mayo

12
Mayo

20-23
Mayo

06
Octubre

21
Octubre

20-23 de mayo: Ingreso.

Mismo cuadro.

Pruebas

complementarias:

TEGD : cámara gástrica de gran capacidad. A los 60 min vaciamiento del 60%

Rx abd: aire en ampolla rectal

Eco abd: abundante gas intestinal

Dx:Gastritis aguda.

Tto: Esomeprazol.



6 de octubre: Consulta.

Deposiciones líquidas, epigastralgia y distensión abdominal tras comidas, algún episodio de vómito

TEGD: Vaciamiento 30 min 70%. Contraste rellena marco cólico en 30 min

Diagnóstico:

Gastroparesia. Diarrea funcional

Tratamiento:

- Bivos (probiótico)
- Antidiarreico (racecadotriilo)

21 de octubre: Consulta.

Dolor epigástrico continuo, vómitos en todas las tomas y distensión abdominal. No diarrea

Tratamiento:

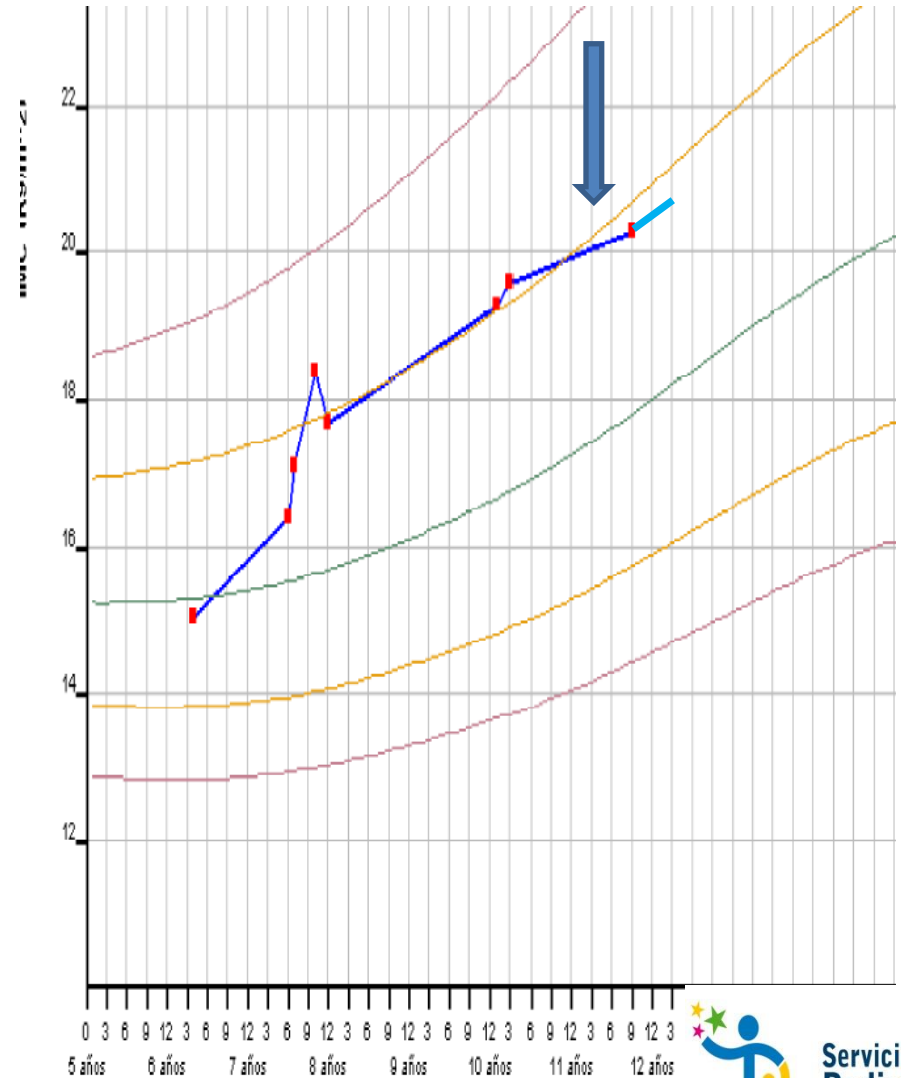
Eritromicina.
(Procinético)
Isosource jr



Ingreso actual:

24 de octubre- 7 de noviembre

- Anamnesis: Niña ingresada de 11 años por vómitos después de cada comida, deposiciones líquidas y epigastralgia
- EF: abdomen distendido, doloroso a la palpación de predominio epigástrico
- Peso: 43,5 kg
Talla: 146 cm
IMC: 20,41



Pruebas complementarias


- **AS:** eosinofilia. Glucosa normal. VSG: 2mm. Perfil electrolítico normal. Función hepática normal
- Ac antiTG IgA < 2 CU; Ac antigliadina IgG 3 CU. TSH 2,99mU/l
- **ECG:** bradicardia sinusal
- **Rx abd:** distensión asas intestinales con aireación
- **Eco abdominal:** normal
- **Copro:** negativo
- **Tira pH vomitos:** 7
- **Calprotectina:** negativa
- **Perfil de heces:** no esteatorrea
- **TGE:** normal. Vaciamiento del 70% en 30 min, transito de colon rápido
- **TAC:** normal
- **Curva de glucemia:** normal
- **IgE a alimentos y prick test:** normal
- **Vaciamiento gammagráfico:** T1/2 en 70 min (normal)
- **Fondo de ojo:** normal.
- **Análisis orina:** ?¿

Pruebas complementarias



DD: causas digestivas

- Gastroenteritis
- Obstrucción intestinal
- Dumping
- Gastroparesia
- EIIC





No fiebre
VSG normal
AS normal
Electrolitos
normales
No alcalosis
metabolica con
hipocloremia, no
hipopotasemia.

DD: causas digestivas

- Gastroenteritis
- Obstrucción intestinal → TAC abdominal y TGI normal
- Dumping → Curva de glucemia normal. Eco normal
- Gastroparesia → No impresiona por TEGD. Vaciamiento Gamma normal.
- EIIC → No clínica compatible. No RFA




DD: causas digestivas

- Celiaquía  Serología negativa
- Gastritis  Ausencia de úlceras puntiformes o aftosas en endoscopia
No historia de AINEs o AAS
H.Pylori negativo
- Úlcera canal pilórico
- Esofagitis eosinofílica
- Alergia mediada por IgE/ no IgE

DD: causas digestivas

- Celiaquía
- Gastritis
- Úlcera canal pilórico → Se exagera con comida
Endoscopia normal
- Esofagitis eosinofílica → Ausencia esófago
traquealizado con erosiones
y/o estenosis
- Alergia mediada por IgE/ no
IgE → IgE a alimentos y Prick
test negativos.
Test supresión-
provocación **en curso**

DD: causas extradigestivas

- Neurológica: HIC  Fondo de ojo normal
Vómitos no relacionados cambio posición
No otros síntomas neurológicos
- Endocrinas:
 - Diabetes  Glucemia normal. Curva normal
 - Insuficiencia adrenal  No hipotension,
no hiponatremia,
no acidosis hipercalémica
- Otras:
 - Fármacos/ tóxicos

DD: causas no orgánicas

- **Dispepsia tipo dismotilidad**




Criterios diagnósticos:

- a) Dolor persistente centrado en el abdomen superior.
- b) Sin evidencia de que la dispepsia sea aliviada exclusivamente con la defecación.
- c) Sin evidencia de enfermedad orgánica

- **Síndrome intestino irritable**

- Causas psicológico: trastorno somatiforme

DD: causas no orgánicas

- **Dispepsia tipo dismotilidad.**
 - **Síndrome intestino irritable.** 
 - **Causas psicológico: trastorno somatiforme.**
- a) Molestia o dolor abdominal asociado a mejora con la defecación
 - b) Ausencia de enfermedad orgánica
- Síntomas que apoyan:
- Frecuencia anormal de las deposiciones
 - Consistencia anormal de las heces
 - Anomalías en la defecación
 - Sensación de plenitud o distensión abdominal

DD: causas no orgánicas

- Dispepsia tipo dismotilidad.
- Síndrome intestino irritable.
- Causas psicológico: trastorno somatiforme.



DSM V “trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados”. Trastorno somatoforme no especificado.

Criterios:

- Uno o mas síntomas somáticos que causan malestar
- Pensamiento o comportamiento excesivo relacionado con los síntomas somáticos o asociados a la preocupacion por la salud.**
- Trastorno sintomático persistente (> 6 meses).

T. somatoforme

Etapas desarrollo: Píoget

Primer período: 0-2 a. Seguridad

Segundo período: 2-4 a. “Yo quiero, yo puedo”

Tercer periodo: escolar.
Conocimiento racional. No maneja abstracciones

Cuarto periodo: adolescencia.
Acceder al pensamiento abstracto, capacidad para formular hipótesis y ponerlas a prueba

Factores favorecedores/ predisponentes:

- Dificultad para la descarga de tensiones internas
- Características temperamentales (perfeccionistas, responsables, “buenos en todo”, tendentes a negar los conflictos)

Factores mantenedores:

La presencia de beneficios por estar enfermo

Coherencia de síntomas.

Órgano diana: estómago

Conclusiones

- ✓ Conflictos en esfera psicológica pueden provocar, exacerbar y mantener patología funcional
- ✓ Dar herramientas para superar conflicto → mejoría patología funcional
- ✓ En causas psicológicas/funcionales el diagnóstico se realiza por exclusión
- ✓ La tendencia a buscar una causa orgánica lleva a un uso elevado de pruebas complementarias, lo que conlleva a: incremento del gasto sanitario y fijación del síntoma en el niño y la familia

Bibliografía

- Di Lorenzo,C. “Approach to the infant or child with nausea and vomiting”. Wolters Kluwer. 2016;16:5-30.
- Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Varios capítulos. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. España: ERGON, 2012.
- Robert Porter /Justin Kaplan. Sección 3, Trastornos gastrointestinales. En: Mark H., Berkow R. Elsevier Science;2002. p.221-343
- López- Soler C., Alcántara M.,Fernández V., Castro M., Lopez J.A. Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL. An Psicol. 2010,; 26.
- American Psychiatric Association. Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.“Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5”.EEUU: 2014. 181-189.