

SINDROME DE VOMITOS CÍCLICOS

Concheso Álvarez N.¹, Matos Fortunato F.², Romero Secin A.³

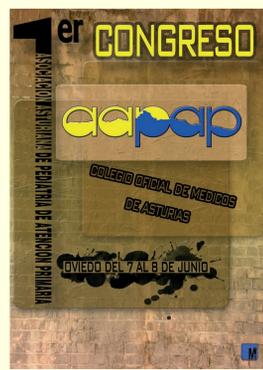
¹ Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, área IV.

² Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, área IV.

³ Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, área IV.

I Congreso Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria

Oviedo, 7 y 8 de Junio 2012.



CASO CLÍNICO



Niña de 13 años, gemela univitelina, menarquia a los 12 años, sin antecedentes personales, ni familiares de interés. Acude al servicio de urgencias del Centro de Salud por vómitos (en la última hora, refiere unos cinco episodios), precedidos de náuseas invalidantes y dolor abdominal, la madre refiere que estos cuadros se repiten periódicamente desde hace unos siete años. En la exploración física destaca palidez cutáneo mucosa, posición fetal, dolor a la palpación en hipocondrio izquierdo, blumberg y Murphy negativos, peristalsis conservada, ausencia de irritación peritoneal. Por persistencia de vómitos a pesar de tratamiento sintomático, se deriva al Servicio de urgencias Hospitalarias, donde se estabiliza y se solicita consulta con el servicio de Digestivo, donde se le realiza estudio gastroduodenal con resultado de normalidad y test de Helicobacter pylori negativo.

INTRODUCCIÓN

Heberden (1806), H.C.Lombard (1861), Gee (1882), Trastorno Gastrointestinal funcional, episodios recurrentes y graves de vómitos que persisten durante horas o días con intervalos de normalidad entre ellos.

INCIDENCIA: desconocida.

PREVALENCIA: 2% escolares en Australia y Escocia, 0,04% en Estados Unidos.

EDAD MEDIA de inicio de 4.8 años.

SEXO femenino más frecuente

CLÍNICA



Náuseas y vómitos intensos, súbitos.

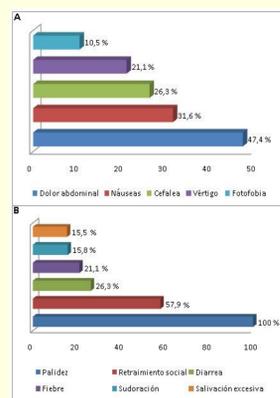
Durante la noche o primera hora de la mañana.

La crisis tiene patrón estereotipado para cada paciente.

Duración media 2 días y unos 9-12 episodios año.

Síntomas acompañantes: diarrea, dolor abdominal, fiebre, cefalea, malestar general, palidez, taquicardia, hipertensión, salivación, fotofobia, fonofobia.

Actitud en “coma consciente”.



ETIOPATOGENIA

Desconocida, numerosas hipótesis, **alteración en el eje cerebro-intestino**, con respuesta exagerada frente a diferentes estímulos, como consecuencia hay una secreción elevada de Corticotropina, cortisol, vasopresina y serotonina, responsables del aumento de secreción gástrica e intestinal, enlentecimiento en el vaciado gástrico y activación del reflejo emético. Otras consideraciones etiológicas en discusión son: **enfermedad mitocondrial, trastornos en la oxidación de los ácidos grasos, trastornos en los canales iónicos.**

Factores desencadenantes: estrés, infección, menstruación, determinados alimentos

DIAGNÓSTICO

Criterio
Episodios de vómitos severos y recurrentes
Intervalos asintomáticos entre episodios
Duración de los episodios de horas a días
Ausencia de patología como causa de vómito
Laboratorio, radiografías y endoscopia negativas
Patrón de presentación: episodios similares en síntomas
Episodios autolimitados, con desaparición repentina

Síntomas asociados
Náusea, dolor abdominal, adinamia y postración
Cefalea

Signos asociados
Palidez
Deshidratación
Fiebre, diarrea, hipersalivación

DX. DIFERENCIAL

Gastrointestinal
Enfermedad péptica
Pancreatitis
Seudoquistes pancreáticos
Parasitosis
Apendicitis recurrente subaguda
Seudoobstrucción intestinal crónica idiopática
Hernia de Bochdalek
Sistema nervioso central
Tumores cerebrales
Tumores troncoencefálicos
Hematoma subdural
Epilepsia
Hidrocefalia
Sistema nervioso autónomo
Disautonomía abdominal
Urinario
Uropatía obstructiva
Endocrinología
Feocromocitoma
Insuficiencia suprarrenal
Diabetes mellitus
Metabólico
Déficit de ornitín transcarbamilasa
Acidemias orgánicas (glutárica tipo II, propiónica e isovalérica)
Porfiria

TRATAMIENTO

*Evitar los factores potencialmente precipitantes.

***Profilaxis farmacológica** (Ciproheptadina (0,25-0,5 mg/kg/día), Propanolol (0,6-1,5 mg/Kg/día), amitriptilina (0,5-2 mg/kg).

***Tto. abortivo** al comienzo del cuadro, AINES, IBP, antiácidos, ansiolíticos, antimigrañosos si peso es > 40 kg (sumatriptán 25-50mg vo, rizatriptán 5-10 mgr vo).

***Antieméticos** como Difenhidramina (1mgr/kg/6 h) y ondansetrón (0,3-0,4 mg/kg vía IV)

***Cuidados de apoyo** durante los episodios.

***Apoyo general a la familia.**

COMENTARIO

El síndrome de vómito cíclico es una entidad poco conocida, por lo que la principal dificultad es llegar a un diagnóstico definitivo y aunque en principio no revista gravedad, salvo riesgo de deshidratación y alteración hidroelectrolítica, provoca un gran sufrimiento en los pacientes y familiares, con frecuentes visitas al servicio de urgencias del centro de salud y consulta con su pediatra, con el consiguiente gasto en pruebas complementarias, ya que ante un nuevo episodio, no podemos caer en la actitud autocomplaciente de “otra crisis”, debiendo de establecer los diagnósticos diferenciales pertinentes, junto a esto, el tratamiento, al no existir uno específico, es importante la profilaxis, el tratamiento abortivo al inicio del cuadro con antimigrañosos, antieméticos y antiepilépticos, acompañado de cuidados específicos durante los episodios, sin olvidar el apoyo general a la familia.