

Manejo del niño vomitador

Eduardo Ramos Polo y Carlos Bousoño García

Introducción

El vómito se define como la expulsión forzada del contenido gástrico por la boca. Se trata de un hecho prominente de muchas enfermedades de la infancia y con frecuencia es el síntoma principal (p. ej., estenosis pilórica), aunque también pueda formar parte de un contexto semiológico más amplio (p. ej., septicemia). Su presencia debe alertar al pediatra para dilucidar si forma parte de un proceso benigno autolimitado o si es la forma de presentación de una enfermedad grave o por lo menos relevante.

El vómito debe distinguirse de la regurgitación, que se refiere al desplazamiento sin esfuerzo del contenido gástrico hacia el esófago y la cavidad oral, como ocurre con el reflujo gastroesofágico y otras entidades. También debe diferenciarse de la rumiación o merecismo, que es un trastorno psicoafectivo y disfuncional por el cual el niño se complace en degustar y deglutir el alimento retornado desde el estómago voluntariamente.

Como sucede con otros trastornos, la edad de presentación del vómito se constituye en una pista esencial a la hora de plantear un *diagnóstico diferencial* (tabla I).

Los vómitos son especialmente frecuentes en los recién nacidos y lactantes en relación con la inmadurez (centros nerviosos, peristaltismo, escasa capacidad gástrica, inmadurez de la barrera antirreflujo, etc.), frecuentes errores dietéticos, malformaciones e infecciones, alimentación líquida, postura horizontal y aerofagia fisiológica.

Las anomalías congénitas, genéticas y metabólicas son comúnmente diagnosticadas en el período neonatal, mientras que las alteraciones pépticas, infecciosas y psicogénicas son más prominentes a medida que aumenta la edad. La intolerancia alimenticia y el rechazo de las tomas con/sin vómitos constituyen un síntoma común de cardiopatías, nefropatías, metabolopatías y trastornos genéticos y neuromusculares, pero también del abuso infantil y síndrome de Münchausen por poderes.

El pediatra debe estar alerta para establecer el complejo diagnóstico diferencial y no debe asumir simplemente que todos los lactantes que vomitan tienen reflujo gastroesofágico.

Abordaje diagnóstico

Es muy importante realizar una valoración clínica apropiada, cualquiera que sea la edad del niño, porque no pocas veces las consecuencias del vómito requieren una acción médica inmediata.

En la historia clínica deben destacarse los siguientes aspectos:

Historia alimenticia

- Cantidad/frecuencia (sobrealimentación).
- Técnica (errores en la preparación).
- Posición/comportamiento durante la alimentación.

TABLA I. Etiología de los vómitos

	Recién nacidos	Lactantes	Niños mayores
Obstrucción	Lactobezoar Atresia intestinal* Estenosis intestinal Malrotación Vólvulo Íleo meconial Tapón meconial Hirschprung Ano imperforado Hernia incarcerada	Cuerpos extraños Estenosis pilórica* Malrotación (vólvulo) Duplicación Invaginación Divertículo de Meckel Hirschprung Hernia incarcerada	Cuerpos extraños Hematoma duodenal Malrotación (Vólvulo) Duplicación Invaginación* Divertículo de Meckel Hirschprung Hernia incarcerada Adherencias
Trastornos gastrointestinales infecciosos/inflamatorios	Enterocolitis Necrotizante RGE Íleo paralítico Peritonitis Alergia a la leche	GEA* RGE Pancreatitis Apendicitis Celiaca Íleo paralítico Peritonitis	GEA* Úlcus péptico
Infecciones extradigestivas	Sepsis Meningitis	Sepsis Meningitis Otitis media Neumonía Tos ferina Hepatitis. ITU	Meningitis Otitis media Faringitis Neumonía Hepatitis ITU
Trastornos neurológicos	Hidrocefalia Querníctero Hematoma subdural Edema cerebral	Hidrocefalia Hematoma subdural Hemorragia intracraneal Masas: absceso tumor, etc.	Hematoma subdural Hemorragia intracraneal Tumor cerebral Otras masas Migraña Cinetosis Encef. hipertensiva
Trastornos metabólicos y endocrinos	EIM - Ciclo urea - Antic. orgánicos Hiper. suprarrenal Tefania neonatal	EIM - Galactosemia - Int. fructosa Insuf. suprarrenal Acidosis metabólica	Insuf. suprarrenal. Cetoacidosis diabética S. Reye
Trastornos renales	Uropatía obstructiva Insuf. renal	Uropatía obstructiva Insuf. renal	Uropatía obstructiva Insuf. renal
Intoxicaciones		Aspirina Teofilina Digoxina	Idem + plomo; alimentos ipécacuana, etc.
Psicogénicos		Hierro Rumiación	Vómitos cíclicos Anorexia nerviosa Bulimia Embarazo

- *Indica la causa más común dentro del subgrupo.
- Abreviaturas. RGE: reflujo gastroesofágico; ITU: infección urinaria; EIM: error innato del metabolismo; GEA: gastroenteritis.

- Atragantamiento, tos, arqueamiento, rechazo de la toma, disconfort.

Patrón del vómito

Aspecto. Alimenticios (blancos), mucosos o glerosos (verdes), biliosos (amarillo-verdosos), fecaloideos (marrones) o hemáticos (rojos).

Relación con la ingesta. Concomitantes (atresia de esófago), inmediatos (reflujo gastroesofágico), tardíos (mucofagia) y de estasis (obstrucciones digestivas, íleo funcional).

Frecuencia/cantidad. Leves, continuos, cíclicos.

Fuerza. Babeante y continuo pero escaso (reflujo), con cierta fuerza (obstrucción digestiva), náuseas previas (infecciones), a chorro (hipertensión intracraneal).

Carácter. Mantenido y estable (reflujo), progresivo (estenosis pilórica, íleo), irregulares, recidivante (vómito cíclico, procesos ORL).

Asociación. Fiebre, dolor, letargia, diarrea, melenas, síntomas respiratorios.

Secuencias lógicas. El vómito matutino temprano es sugerente de reflujo gastroesofágico, pero también aparece en la hipertensión intracraneal. El vómito que empeora con la ingesta es más común en las alteraciones del tracto digestivo superior. El vómito de alimentos no digeridos puede ser debido a una acalasia. El vómito proyectivo puede ser una señal de una obstrucción a nivel del estómago (estenosis hipertrófica de píloro, bandas antrales) o del duodeno (páncreas anular, duplicaciones) o más distal (malrotación). La presencia de ictericia iría a favor de una hepatitis o de una enfermedad de la vesícula biliar. Tener siempre presente que a cualquier edad los vómitos biliosos van a favor de una

obstrucción intestinal, aunque en recién nacidos y lactantes puedan deberse también a infección sistémica.

Signos de alarma. Vómito bilioso. Hemorragia gastrointestinal. Vómito violento. Comienzo del vómito después de los 6 meses de vida. Fallo de medro. Diarrea/estreñimiento. Letargia.

Hepatosplenomegalia. Fontanela abombada. Macro/microcefalia. Crisis cerebrales. Dolor abdominal/distensión. Fiebre en agujas.

Historia médica anterior

Prematuridad. Alteración del crecimiento y desarrollo. Cirugía u hospitalización previa. Despistaje metabólico. Enfermedades recurrentes. Criomosomopatías. SIDA.

Historia psicosocial

Estrés. Depresión. Simulación. Munchausen por poderes. Deformación de la imagen corporal. Escasa autoestima. Embarazo.

Historia familiar

Enfermedad significativa gastrointestinal.

Otras (metabólicas, alérgicas, etc.).

Examen físico

El examen físico es de vital importancia ya que nos ayuda a descubrir posibles etiologías y a constatar que el desarrollo del niño se está realizando de forma adecuada, con lo cual la valoración del estado nutritivo ocupa un hito importante. Asimismo debe valorarse el estado de hidratación y la presencia de signos de afectación general como fiebre, postración, etc.

Estudios complementarios

Contamos con medios exploratorios que nos ayudarán en nuestras tareas diagnósticas pero que debemos utilizar de forma racional y juiciosa, orientados por los datos obtenidos en la historia clínica y el examen físico. En cuanto a la analítica, deben realizarse hemograma, electrolitos, bicarbonato, urea, creatinina y glucemia en sangre (En ciertos casos, además, aminotransferasas, amilasa, amoniemia y galactitol). Elemental y sedimento, glucosuria y cuerpos cetónicos en orina (ocasionalmente despistaje de tóxicos, catecolaminas, substancias reductoras, ácidos orgánicos y porfirinas). Pruebas alérgicas y EEG en algunos casos, dirigidos por la anamnesis y la exploración.

Los estudios de imagen son de gran utilidad, y debemos destacar por su eficacia la *ecografía abdominal*, cuya aportación en el diagnóstico de la estenosis hipertrófica de piloro es relevante por su eficacia. *Las radiografías simples de abdomen en decúbito supino y en bipedestación o en decúbito lateral izquierdo* son de utilidad para diagnosticar malformaciones anatómicas congénitas o lesiones obstructivas. *El estudio del tránsito gastrointestinal intestinal con papilla baritada* es de utilidad cuando se sospechan anomalías anatómicas altas o procesos que obstruyen el tracto de salida del estomago. *El enema de bario* es de ayuda en caso de sospechar una obstrucción intestinal. Otros estudios de imágenes más sofisticados, como la gammagrafía con isótopos marcados, escáner y RNM abdominal, manometría digestiva y urografía intravenosa, se deben emplear en casos seleccionados. *La endoscopia digestiva alta y baja* tiene su papel en caso de sospecha de una esofagitis, úlcera gastroduodenal, enfermedad inflamatoria intestinal o anomalías anatómicas.

Tratamiento

No es aconsejable el empleo de fármacos antieméticos sin antes haber indagado la etiología de los vómitos en el niño. Muchas veces el vómito supone una ventaja que permite incluso la supervivencia, promoviendo la expulsión rápida de un tóxico.

Los antieméticos están en general contraindicados en las gastroenteritis, anomalías intestinales estructurales del tracto gastrointestinal o emergencias quirúrgicas tales como la estenosis pilórica, apendicitis aguda, litiasis renal, obstrucción intestinal o lesiones expansivas intracraneales.

Su empleo, por el contrario, puede estar indicado en caso de cinetosis, postoperatorios, quimioterapia del cáncer, síndrome de vómitos cíclicos y trastornos de la motilidad intestinal, como enfermedad por reflujo gastroesofágico y gastroparesia.

Entre los fármacos de elección destaca, para el manejo de la enfermedad por reflujo y gastroparesia, la cisaprida (0,6 mg/kg/día), pese a los inconvenientes de su manejo por el riesgo de arritmias en preterminos y pacientes cardiopatas, o el tratamiento con eritromicina u otros macrólidos. También se pueden administrar fármacos procinéticos como domperidone, metoclopramida y cinitaprida.

En el tratamiento de la enfermedad por mareo o cinetosis puede ser útil emplear antihistamínicos como difenhidramina o prometazina, mientras que la hiosciamina se usa como profilaxis.

Para pacientes vomitadores en periodo postoperatorio o tratados con quimioterapia son útiles la metoclopramida, los antagonistas 5-HT₃ (ondansetron y granisetron) y las benzodiazepinas (loracepan, midazolam).

En caso de vómitos cíclicos pueden resultar útiles el propanolol como profilaxis y las butirofenonas y benzodiacepinas en las crisis.

Bibliografía

1. Green M. Regurgitation and vomiting. En: Green M. *Pediatric Diagnosis. Interpretation of symptoms and signs in children and adolescents*. 6ª Ed. WB Saunders Co, Philadelphia, Pennsylvania, 1998; 212-223.
2. Li BUK. Approach to the child with acute, chronic, or cyclic vomiting. En: Rudolph's *Pediatric*. 19 edición. Prentice Hall International, 1996; 1026-1028.
3. Liacouras ACH. Vomiting. En: Schwarts WM (ed.). *The 5 minute pediatric consult*. Willian & Wilkins, 1997; 64-65.
4. NASPGN. Guidelines for Evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children. *JPGN* 2001; 32(S2): S1-31.
5. Ramos GA, Tuchman ND. Vómitos persistentes. *Pediatric in Review* (edición en español) 1994;15:29-36.
6. Sondheimer JM. Vomiting. En: *Pediatric Gastrointestinal Disease*. 3ª Ed. Walker WA, Durie PR, Hamilton JR, Walker-Smith JA, Watkins JB. B C Decker, Ontario, 2000; cap. 9, 97-102.
7. Vega A, González herrero M, Herrero Rey S, Cantera E, Alonso Franch M. Estudio del vómito en el niño. Reflujo gastroesofágico. Estenosis hipertrófica del piloro. En: *Manual del Residente de Pediatría y sus áreas específicas*. Vol. I. Brines J, Crespo M, Cruz M, Delgado A, Garagorri JM^a, Hernández M, Ruza FJ (eds.). A.E.P. Smith Kline Beecham SA, Madrid, 1992; 531-538.

NOTAS
