

# Manejo del niño vomitador

Juan José Díaz, Carlos Bousoño García, Eduardo Ramos Polo

Hospital Central de Asturias. Oviedo.

## 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 fisiológico.

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 constituye 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, metabo-

lopatías 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. los vómitos
- Atragantamiento, tos, arqueamiento, rechazo de la toma, disconfort.

### Patrón del vómito

- **Aspecto.** Alimenticios (blancos), mucosos o glerosos (verdes), biliosos (amarilloverdosos), fecaloideos (marrones) o hemáticos (rojos: sangre fresca; en posos de café: sangre digerida).
- **Relación con la ingesta.** Concomitantes (atresia de esófago), inmediatos (reflujo gastroesofágico), tardíos (mucofagia) y de estasis (obstrucciones digestivas, ileo funcional).
- **Frecuencia/cantidad.** Leves, continuos, cíclicos.
- **Fuerza.** Babeante y continuo pero escaso (reflujo), con cierta fuerza (obstrucción digestiva), náu-

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 Hirschprung Hernia incarcerada Adherencias
Trastornos gastrointestinales infecciosos/inflamatorios	Enterocolitis Necrotizante RGE Íleo paralítico Peritonitis Alergia a la leche	GEA* RGE Pancreatitis Apendicitis Celíaca 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 Quemíctero 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 Tetania 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 ipecacuana, etc.
Psicogénicos		Hierro Rumiación	Vómitos cíclicos Anorexia nerviosa Bulimia Embarazo

\*Indica la causa más común dentro del subgrupo.

RGE: reflujo gastroesofágico; ITU: infección urinaria; EIM: error innato del metabolismo; GEA: gastroenteritis.

seas previas (infecciones), a chorro (hipertensión intracraneal).

- **Carácter.** Mantenido y estable (reflujo), progresivo (estenosis pilórica, ileo), irregulares, recidivante (vómito cíclico, procesos ORL).
- **Asociación.** Fiebre, dolor, letargia, diarrea, meleñas, 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 piloro, 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 pueden 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. Despiñaje metabólico. Enfermedades recurrentes. Cromosomopatías. SIDA.

### Historia psicosocial

Estrés. Depresión. Simulación. Münchhausen 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 lugar importante. Asimismo debe valorarse el estado de hidratación y la presencia de signos de afectación general como fiebre, posturación, 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, sustancias 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 estómago. *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. *Las endoscopias digestivas alta y baja* tienen 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 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. Un reciente metaanálisis indica que el uso de ondansetrón en niños con vómitos secundarios a gastroenteritis aguda, disminuye el riesgo de vómitos persistentes, el uso de fluidos intravenosos y el ingreso hospitalario en estos niños.

A pesar de estar ampliamente generalizado su uso, la eficacia de los procinéticos (domperidona, metoclopramida, eritromicina) en el tratamiento de los vómitos por RGE es bastante relativa.

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 5HT<sub>3</sub> (ondansetrón y granisetron) y las benzodiazepinas (loracepan, midazolam).

En caso de vómitos cíclicos pueden resultar útiles el propanolol, ciproheptadina o amitriptilina como profilaxis y los triptanes y sedantes (lorazepam, difenhidramina, clorpromacina) en las crisis.

## BIBLIOGRAFÍA

1. DeCamp LR, Byerley JS, Doshi N, Steiner MJ. Use of antiemetic agents in acute gastroenteritis: a systematic review and metaanalysis. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008; 162: 858-65.
2. Green M. Regurgitation and vomiting. En: Green M. *Pediatric Diagnosis. Interpretation of symptoms and signs in children and adolescents.* 6ª Ed. Philadelphia, Pennsylvania: WB Saunders; 1998. p. 212-223.
3. Li BUK. Approach to the child with acute, chronic, or cyclic vomiting. En: Rudolph's *Pediatric.* 19 edición. Prentice Hall International, 1996; 1026-1028.
4. Liacouras ACH. Vomiting. En: Schwarts WM (ed.). *The 5 minute pediatric consult.* Williams and Wilkins; 1997. p. 64-65.
5. Li BU, Lefevre F, Chelimsky GG, et al. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition consensus statement on the diagnosis and management of cyclic vomiting syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008; 47: 379-93.
6. NASPGN. Guidelines for Evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001; 32(Supl 2): S131.
7. Vómitos en la infancia: ¿tranquilizar, estar alerta o efectuar interconsulta?. *Pediatrics in Review* (edición en español) 2008; 29: 283-292.
8. Sondheimer JM. Vomiting. En: Walker WA, Durie PR, Hamilton JR, WalkerSmith JA, Watkins JB. *Pediatric Gastrointestinal Disease.* 3ª Ed. Ontario: BC Decker; 2000. p. 97-102.
9. Vega A, González Herrero M, Herrero Rey S, Cantera E, Alonso Franch M. Estudio del vómito en el niño. Reflujo gastroesofágico. Estenosis hipertrófica del píloro. En: Brines J, Crespo M, Cruz M, Delgado A, Gargorri JM, Hernández M, Ruza FJ (eds.). *Manual del Residente de Pediatría y sus áreas específicas.* Vol. I. Madrid: AEP; 1992. p. 531-538.
10. Rasquin A, DiLorenzo C, Forbes D, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/adolescent. *Gastroenterology* 2006; 130: 1527-1537.