

# Vómitos persistentes

## G. Perkal Rug

Pediatra. Unidad de adolescencia. Hospital Santa Caterina de Gerona.

## Motivo de consulta

Adolescente varón de 12 años que consulta con su pediatra por presentar vómitos persistentes, alimentarios y "acuosos" de 60 días de evolución, hasta 31 episodios en un día. Algunos secundarios a tos y la mayoría espontáneos sin náuseas y precedidos por eructos intensos. Son postprandiales inmediatos y también diferidos. Refiere regurgitaciones y pirosis. No presenta fiebre ni alteración del hábito intestinal. La tos es el único síntoma no digestivo asociado. Se constata una pérdida ponderal de 3Kg en este período. Lleva 3 meses sin acudir a clases. Recibió tratamiento con Omeprazol y Domperidona sin mejoría sintomática.

## Antecedentes personales

Asma extrínseca actualmente tratada con inmunoterapia y actualmente con Formoterol asociado a Fluticasona. Reflujo gastroesofágico (RGE) del lactante. Intolerancia a la lactosa que remitió al año de edad. Gastritis por H.Pylori (erradicado). Tos ferina un mes atrás tratada con Azitromicina. Calendario vacunal al día.

## Antecedentes familiares

Madre con asma extrínseca y alergia a ácaros. Padre con TOC y depresión en seguimiento que requirió un ingreso en psiquiatría durante el seguimiento del paciente. Hermano de 6 años: alergia al huevo y a la PLV, edema de papila no relacionado a hipertensión endocraneal en estudio. La madre refiere que pasa muchas horas fuera de casa por trabajo y los niños están con su padre que está de baja laboral y cursando una reagudización importante de su patología.

## Exploración física

Peso: 32,300 kg, Talla: 150cm, IMC: 14,35, TA:119/71, FC: 68xm Tanner: G2/P2 Normohidratado. Destacan palidez cutánea y astenia importante. La exploración por órganos y aparatos es normal.

## Actitud terapéutica

Ante la sospecha de organicidad, se decide su ingreso para estudio.

## Exámenes complementarios

**1º Ingreso:** Análítica sanguínea: Hematología: Serie roja normal. Eosinofilia del 17,2%. *Bioquímica:* ionograma, transaminasas, función renal, amilasa y EAB normales. Ferritina baja. IgA antitransglutaminasa negativa. Orina: sedimento normal. Materia fecal: sangre oculta negativa. Calprotectina: negativa. Esofagogastroscoopia: esofagitis y gastritis crónica leve compatibles con gastritis eosinofílica.

**2º Ingreso:** Eosinófilos en esputo: negativos. TAC craneal: normal. TAC toracoabdominal: pinzamiento aortomesentérico que condiciona un pinzamiento de la vena renal izquierda y de la tercera porción del duodeno. Tránsito EGD: normal. Fibrolarinoscopia: normal.

## Evolución

En el primer ingreso se diagnostica de gastritis eosinofílica y es dado de alta con tratamiento con Metilprednisolona, Ondansetron y Lanzoprazol asociados a una dieta fraccionada y Hierro oral sin mejoría clínica. A los 2 meses reingresa para completar el estudio.

Quedando descartada una base orgánica para los vómitos se realiza una interconsulta con Psiquiatría infantil orientando el proceso como vómitos psicógenos.

## Diagnóstico Trastorno ansioso depresivo asociado a vómitos que se manifiestan como un tic

### Tratamiento y seguimiento

Inicialmente Diazepam y luego Lorazepam asociados a Escitalopram. Al no haber mejoría se cambia la pauta a Pimozida asociada a Escitalopram. Psicoterapia cognitivo conductual. Profesor domiciliario.

Mejora paulatinamente la sintomatología. A los 12 meses se reincorpora parcialmente al instituto. A los 24 meses es dado de alta por psiquiatría, pero continua la psicoterapia. Acurre regularmente a clases y retoma sus entrenamientos de foot ball. Datos antropométricos actuales: Peso: 41,500 kg Talla: 165,5 cm IMC: 15.1 Tanner:G4/P4.

## Discusión

El cuadro ansioso depresivo del paciente tiene su origen en un contexto familiar de enfermedad psiquiátrica severa del padre, actuando como desencadenante la tos ferina que inicialmente le provocaba vómitos secundarios a los accesos de tos y que luego se perpetuaron como sintomatología ansiosa en forma de tic.

La orientación diagnóstica inicial requería descartar:

**Patología digestiva:** reactivación del RGE secundario a la tos ferina; oclusión intestinal (el pinzamiento aortomesentérico observado en la RM no justifica la duración e intensidad de la sintomatología); enfermedad inflamatoria intestinal; enterocolitis eosinofílica inducida por proteínas.

**Patología metabólica:** cetoacidosis diabética; trastorno hidroelectrolítico.

**Intoxicación:** descartada por el interrogatorio.

**Neurológica:** una masa ocupante cerebral por ser vómitos repetitivos sin náuseas previas pero faltarían otros síntomas de hipertensión endocraneana.

**Patología Psiquiátrica:** trastorno de la conducta alimentaria: por la pérdida ponderal asociada a los vómitos, pero en el interrogatorio no se constató una alteración de la imagen corporal, ni los vómitos eran provocados; síndrome de rumiación en adolescentes que se asocia a regurgitaciones sin náuseas y pérdida ponderal; trastorno ansioso-depresivo: la evolución favorable posterior al tratamiento con Pimozida y Escitalopram confirman el diagnóstico.

## PREGUNTAS TIPO TEST

**a) El síndrome de rumiación en adolescentes tiene las siguientes características excepto:**

1. Se observa en niños con privación afectiva y también en niños mayores y adolescentes.
2. Su frecuencia es igual en ambos sexos.
3. Se caracteriza por la regurgitación de alimento y/o la deglución del alimento regurgitado.
4. Las formas severas se asocian a pérdida ponderal intensa e ausentismo escolar.
5. Es considerado una forma de presentación precoz o incompleta de un trastorno de la conducta alimentaria.

**b) La ansiedad en adolescentes no se caracteriza por:**

1. Se caracteriza por síntomas somáticos, psicológicos y conductuales.
2. Puede manifestarse como fobia, tics y/o síntomas de TOC.
3. Provoca hipersomnia.
4. Con frecuencia se asocia a depresión.
5. Mejora con la terapia cognitivo-conductual.

**c) El tratamiento de la depresión en adolescentes incluye:**

1. La terapia cognitivo-conductual (TCC)
2. La terapia interpersonal.
3. Un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS).
4. Antidepresivos tricíclicos.
5. 1,2, y 3 son correctas.

Respuestas en la página 76

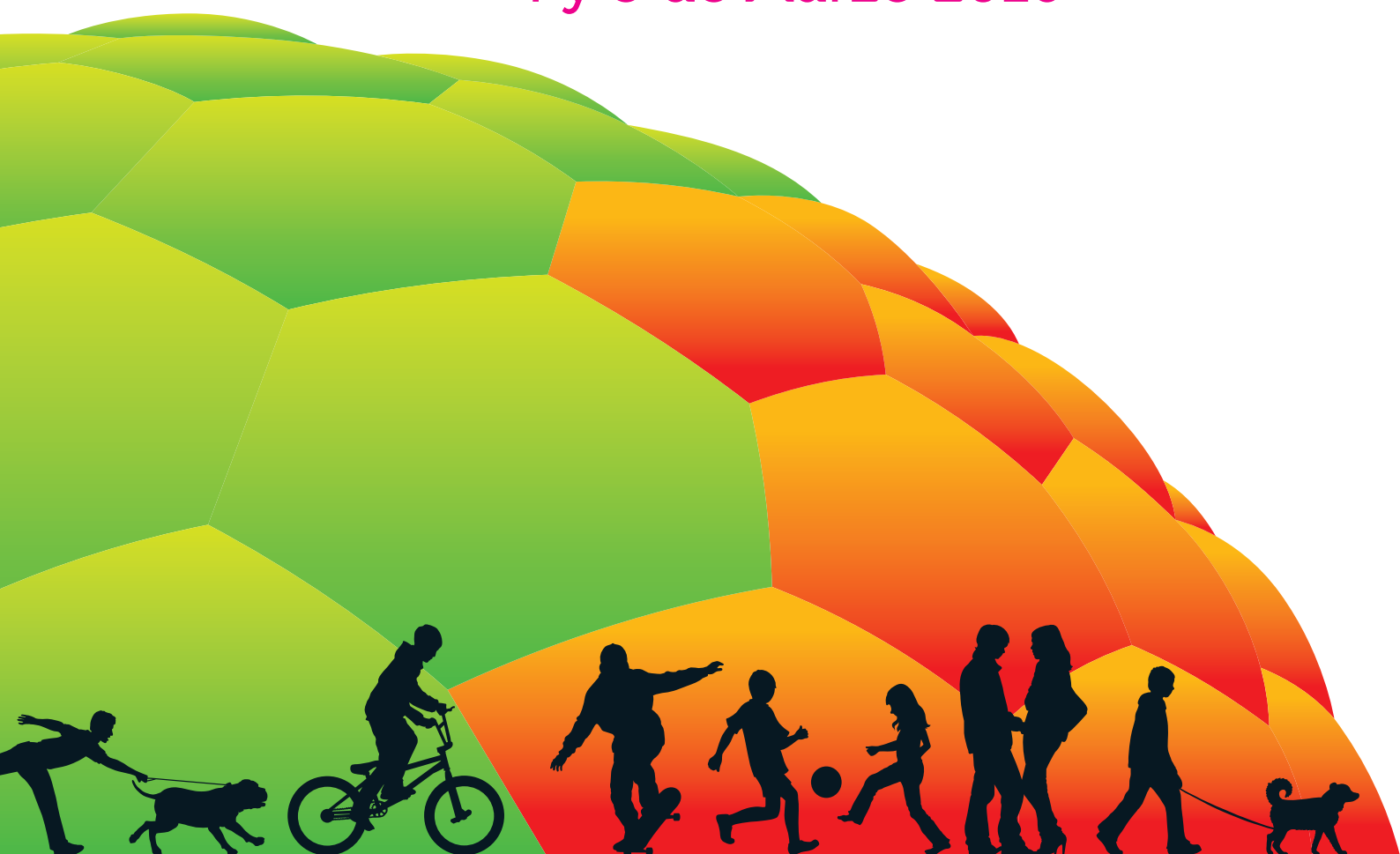
## Bibliografía

1. Carballo Belloso, J.J., Díez Suárez, A., Figueroa Quintana, A., Soutullo Esperón, C. Depresión en Adolescentes. En: Hidalgo Vicario, M.I., Redondo Romero, A.M., Castellano Barca, G. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. 2ª Ed. Madrid. Ergon S.A.; 2012. p. 761-70
2. Sánchez Mascaraque, P., Martín de Francisco Murga, J., Cayrol Cancela, J. Ansiedad en la Adolescencia. En: Hidalgo Vicario, M.I., Redondo Romero, A.M., Castellano Barca, G. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. 2ª Ed. Madrid. Ergon S.A.; 2012. P.771-77
3. Forrest, J.S., MD; Pataki, C., MD; Kraft, C.A., MD. Pediatric Dysthymic Disorder. Clinical Presentation. Medscape. Jan. 03, 2014.
4. Creswell, C.; Waite, P.; Cooper, P.J. Assessment and Management of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. Arch Dis Child 2014; 99(7) 674-678.
5. Brasic, J.R., MD; Pataki, C.; Windle, M.L., PHARM.D. Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. Clinical Presentation. Medscape. Jul 09, 2015
6. Robertson, W.C., Jr MD; Kao, A., MD; Talavera, F., PHARM.D., PH.D. Tourette Syndrome and other Tic Disorders. Treatment & Management. Medscape. Sep 21, 2015
7. Ferrif, F., M.D. F.A.C.P. Tourette Syndrome. Ferri's Clinical Advisor 2016
8. Di Lorenzo, C., MD. Approach to the infant or child with nausea and vomiting. UpToDate. Jun 09, 2015

# XXIII CONGRESO

Sociedad Española de Medicina  
de la Adolescencia (SEMA)

Valladolid  
4 y 5 de Marzo 2016



Sociedad Española de Medicina  
de la Adolescencia

#### SECRETARÍA CIENTÍFICA Y TÉCNICA

Srta. Inmaculada  
congresosema@gmail.com  
Tel. 983 36 20 70

#### SEDE DEL CONGRESO

Hotel Felipe IV  
C/ Gamazo nº 16  
Valladolid

Información actualizada en la página web de la SEMA: [www.adolescenciasema.org](http://www.adolescenciasema.org)