

Revisión teórica

Síndrome de vómitos cíclicos

Cyclic vomiting syndrome

Ana M^a García Herrero^{1*}, Ana M^a Fernández Jiménez², Fuensanta Lozano Baños³,
María Infante Sánchez de Lugarnuevo⁴, Dulce Nombre de María López Sánchez⁵,
Francisco de Asís Pérez Crespo⁶.

Resumen

El síndrome de vómitos cíclicos (SVC) es un trastorno gastrointestinal de origen funcional que se caracteriza por episodios de vómitos recurrentes con intervalos interepisódicos libres de síntomas. No se encuentra ninguna causa orgánica que explique los episodios (1, 3, 4). En este artículo se realiza una revisión del cuadro, exponiendo su epidemiología, etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento. Presentamos además dos casos clínicos que cumplen los criterios del síndrome.

Palabras claves: Síndrome de vómitos cíclicos, etiología, epidemiología, síntomas, diagnóstico, tratamiento.

Abstract

Cyclic vomiting syndrome (CVS) is an idiopathic gastrointestinal disorder characterized by repeated bouts of vomiting with symptoms-free intervals. The cause of the disorder is unknown (1,3,4). In this paper we report a revision of the syndrome, exposed its epidemiology, aetiology, clinical characteristics, diagnosis and treatment. In addition, we describe two clinical reports with the syndrome criteria.

Keywords: Cyclic vomiting syndrome, aetology, epidemiology, symptms, diagnosis, treatment.

Recibido: 02/12/2011 – Aceptado: 02/02/2012 – Publicado: 12/03/2012

* Correspondencia: amgher@otmail.com

^{1y6} Psiquiatras adjuntos. Centro de Salud mental de Jumilla- Yecla (Murcia).

^{2y3} Enfermeras. Centro de Salud mental de Jumilla- Yecla (Murcia).

^{4y5} Psicólogas Clínicas. Centro de Salud mental de Jumilla- Yecla (Murcia).

Epidemiología

Se trata de un cuadro muy frecuente, con una **prevalencia** 5 veces mayor que la enfermedad celíaca, pudiendo afectar hasta a un 2% de los niños en edad escolar y preescolar (más frecuente entre 3 y 7 años) (1, 2, 4). El promedio de la edad de inicio se sitúa en los 4'8 años (5).

Es más frecuente en edades pediátricas, pero también se han descrito casos de inicio en la edad adulta, sobre todo en la tercera o cuarta décadas de la vida. Es un cuadro más frecuente en el sexo femenino (3:2). El diagnóstico se retrasa generalmente 2'7 años en niños y 8 en adultos. Existen reportes del trastorno desde los 6 hasta los 73 años (5).

Puede persistir meses o décadas aunque normalmente suele desaparecer en la pubertad.

Los episodios son más severos en invierno (5).

Se trata de un proceso de escasa gravedad clínica excepto por complicaciones puntuales que puedan surgir, como la deshidratación, pero por otro lado, es causa de importante sufrimiento y limitaciones tanto en los afectados como en sus familias.

Historia

Fue mencionado por *Heberden* en 1806 y descrito por primera vez por *Lombard* en París en 1861 y en la literatura inglesa por *Samuel Gee* en 1882 (5), que informó de una serie de 9 niños de edades comprendidas entre los 4 y los 8 años (1). Posteriormente se consideró un trastorno pediátrico. La ausencia de hallazgos de importancia en laboratorio o radiológicos le quitó carácter de organicidad y falta de reconocimiento médico.

En los últimos tiempos ha despertado nuevo interés (5).

Etiología

La etiología es **desconocida** al igual que la patogenia o marcadores de laboratorio. Se ha descrito como un trastorno del eje cerebrointestinal, lo que provoca que el organismo responda de forma exagerada con los mecanismos normales de defensa como las náuseas y vómitos, ante determinados estímulos (estrés, infecciones, determinados alimentos) (1). También estímulos psicológicos no resueltos o repetidos que podrían precipitar un ataque o una cascada de episodios. Esto podría ser responsable del efecto placebo frecuentemente observado en estos pacientes, donde la consulta misma reduce la frecuencia de episodios (2). Podría considerarse un cajón desastre que da cobijo a varios trastornos de origen diferente, conocido o no, pero con distintas manifestaciones clínicas consecuentes a una alteración en el eje cerebro-intestino (2, 4).

Se ha encontrado una secreción muy elevada de cortisol, corticotropina, vasopresina y serotonina, que producen un aumento de la secreción gástrica e intestinal, enlentecen el vaciamiento gástrico y activan el reflejo emético (1,4).

También se habla de trastornos en la motilidad gastrointestinal con alteración del vaciado gástrico junto con un aumento del tono simpático y dificultad para adecuar el ritmo cardíaco a los cambios posturales, disfunción autonómica alteración en la obtención de energía por la

mitocondria, secundarios a defectos enzimáticos del metabolismo de ácidos grasos o mutaciones en el ADN mitocondrial (1), de manera que ante situaciones de estrés el suministro de energía sería insuficiente (4). Estas alteraciones podrían provocar intolerancia al ayuno y disfunción de los canales iónicos, que a su vez pueden ocasionar despolarizaciones episódicas de membrana. Las canalopatías englobarían enfermedades como SVC, migraña, epilepsia, parálisis periódica, trastornos episódicos del movimiento, arritmias cardíacas (2, 4).

Algunos han sugerido que se trata de una manifestación de la **migraña**. Es frecuente la progresión desde VC a migrañas en muchos pacientes. Comparte con ésta la naturaleza periódica con normalidad intercrisis, la existencia de pródromos, la historia familiar y personal cargada de cefalea migrañosa (80%) (4) frente al 14% de en el patrón crónico (5), la respuesta al tratamiento con antimigrañosos (80%) y la similitud en el trazado electroencefalográfico y en los potenciales visuales evocados durante la crisis de vómitos o jaqueca (4). Ambas entidades formarían parte de una diátesis-migrañosa manifestada según la edad del niño: SVC en el niño pequeño, migraña abdominal en los primeros años de escolarización y cefalea migrañosa en el adolescente (4). El SVC sería una fase temprana de la migraña (5).

Una disfunción del sistema nervioso simpático podría predisponer a los VC y a la migraña.

Las personas con **disautonomía** pueden tener también episodios de SVC.

Defecto hipotalámico- hipofisario-adrenal. Se ha encontrado que existen niños con vómitos cíclicos y elevación de corticotropina, cortisol, vasopresina, prostaglandina E2 y catecolaminas, que también presentan letargia e hipertensión. Se sugiere que el SVC podría ser un desorden cerebral en el cual la liberación de corticotropina induciría un enlentecimiento gástrico y vómitos por estimulación vagal. Durante los episodios existe elevación de citoquinas cerebrales que influyen como factor liberador de corticotropina (5).

Alergias alimentarias. La sensibilidad a las proteínas de la leche de vaca, soja y huevos podría relacionarse con el SVC. Otros desencadenantes podrían ser el chocolate, queso y glutamato monosódico. La relación entre la alergia alimentaria y el SVC es incierta.

SVC catamenial. De forma similar a las migrañas en la menstruación, algunas chicas desarrollan SVC al empezar su periodo menstrual. Algunas responden al tratamiento con bajas dosis de estrógenos y progesterona. Los anticonceptivos y otros esteroides pueden precipitar episodios de vómitos. Esto también se ha descrito en adultos.

Uso crónico de cannabis. La cesación en el consumo crónico de cannabis se ha relacionado con la resolución del SVC

La **ansiedad** que suele estar asociada en estos pacientes podría predisponer a una hiperactividad autonómica y a la presencia de los ataques. Además, los episodios generan en los pacientes importante clínica ansiosa.

Clínica

Se trata de episodios intensos y recurrentes de náuseas y vómitos. Son autolimitados y tienden a ser similares unos a otros en síntomas y duración. Existe respuesta al placebo hasta en un 70% de los casos (5).

Se han descrito cuatro fases:

1.- La **interepisódica**, en que el paciente está totalmente libre de síntomas.

2.- **Pródromos** (se reconocen en un 70% de casos) en que el paciente empieza a sentir que inicia un episodio y pueden aparecer náuseas, cefalea, dolor abdominal o sensación vaga de malestar que les permite predecir un brote en las horas siguientes.

3.- **Fase emética o de episodio**. El inicio es brusco e impredecible. Se produce con mayor frecuencia por la noche o al despertar por la mañana, en las primeras horas (4). Suele haber un patrón estereotipado en cada niño (1,4).

Los **desencadenantes** (se reconocen en un 70-85% de casos) (4). En la mayoría de los casos son situaciones de estrés emocional (cumpleaños, comienzo y fin del ciclo escolar, proximidad de vacaciones o viajes), infecciones, especialmente del tracto respiratorio, sinusitis crónica y faringitis estreptocócica, sinusitis crónicas, agotamiento físico, periodos menstruales, alteraciones en el sueño y alimentos como queso o chocolate o alimentos que contengan glutamato monosódico (5), cinetosis, alergias y asma. Otros episodios ocurren sin razón aparente (2).

La duración más frecuente de un episodio suele ser de 1 a 4 días, pero puede llegar hasta 14 días en casos extremos (2).

La terminación del cuadro también es brusca (1).

Los vómitos durante el episodio son muy intensos y frecuentes, suelen haber más de 4 vómitos por hora (1).

Durante los episodios el niño adopta una actitud de “coma consciente” ya que se desconecta del entorno, se pone pálido, asustado y prefiere estar en un ambiente oscuro y tranquilo, se niega hablar y puede mostrar malestar ante determinados ruidos u olores. Se suele negar también a tragar, ya que ambas acciones pueden desencadenar más náuseas y vómitos (1). Es muy característica la acumulación de saliva en la boca, con babeo. A menudo hay sed muy intensa que lleva al niño a ingerir líquidos de forma compulsiva para aliviar la sensación de pirois y dolor retroesternal al diluir el contenido ácido y biliar de los vómitos y así reducir su efecto cáustico sobre las mucosas faríngea y esofágica (2, 4). El vómito suele ser bilioso y a veces contiene sangre por irritación del estómago. El niño puede estar durmiendo todo el día cuando no está vomitando. El sueño es la única situación que le proporciona descanso y alivio (2). Se trata de un estado de estupor en que no pueden tener control sobre sus reacciones corporales.

Síntomas asociados: arcadas, saliveo, dolor abdominal difuso, periumbilical o epigástrico, letargia, anorexia (80%), palidez de mucosas y tegumentos, sudoración (5). Cefalea 27% (4), febrícula 23% (4) y diarrea 30% (4), malestar general (2, 4).

Signos asociados: fiebre, palidez, sudoración, taquicardia, hipertensión (4), leucocitosis y secreción inadecuada de la hormona antidiurética transitorios (2, 4).

4.- **Fase de recuperación**. Desaparecen los síntomas, aparece sensación de hambre y tolerancia de la ingesta.

La recurrencia de los episodios es cíclica, varias veces al mes o al año.

Los episodios suelen repetirse de 6 a 12 veces por año.

Existen dos variedades de SVC: el tipo cíclico caracterizado por alta intensidad (12.6 vómitos por hora) y baja frecuencia (1.5 episodios por mes); el tipo crónico, con baja intensidad y alta frecuencia (1.9 vómitos por hora y 32.6 episodios al mes).

El patrón cíclico tiene manifestaciones extraintestinales: neurológicas, renales, metabólicas y endocrinas más que gastrointestinales con una relación 5:1, a diferencia del patrón crónico donde las manifestaciones gastrointestinales son predominantes con relación 7:1 (1,5).

Diferencias entre los episodios de adultos y niños

- Los adultos tienen aproximadamente 4 episodios por años mientras que los niños tienen unos 12.
- En los adultos el inicio cubre un periodo largo de tiempo mientras que en niños la edad de inicio es a menudo hacia la edad preescolar.
- Los adultos suelen estar mucho más tiempo sintomáticos antes del diagnóstico.
- Los eventos desencadenantes de los episodios son menos comunes en adultos.
- Las náuseas entre episodios son más comunes en adultos.

Las **complicaciones** más frecuentes son trastornos hidroelectrolíticos, deshidratación, secreción inadecuada de hormona antidiurética, esofagitis péptica, síndrome de Mallory-Weiss. Absentismo escolar, alteraciones en la dinámica familiar (1,2, 4).

Diagnóstico

No existe prueba de imagen o laboratorio que confirme o descarte el SVC. El diagnóstico se basa en el cumplimiento de los criterios clínicos y la exclusión de otro proceso que justifique el cuadro (4).

Para diagnosticar este cuadro se precisa de la presencia de los criterios de Roma II (1):

1 Criterios diagnósticos esenciales:

- Una historia de tres o más periodos de náuseas agudas e intensas y vómitos que no remiten, de horas o días de duración, con intervalos libres de síntomas, de semanas o meses.
- No existen enfermedades gastrointestinales, metabólicas, estructurales del sistema nervioso central o bioquímicas.

2. Criterios diagnósticos de apoyo:

- Patrón estereotípico (cada episodio es similar en cuanto al momento de aparición, intensidad, duración, frecuencia, signos y síntomas asociados en el mismo individuo).
- Autolimitado (los episodios se resuelven espontáneamente sin tratamiento)
- Síntomas asociados: náuseas, cinetosis, dolor abdominal, fotofobia, cefalea.
- Signos asociados: fiebre, deshidratación, palidez, salivación excesiva, diarrea, retraimiento social.

Estudios diagnósticos en el SVC (4)

- Sangre: hemograma, gasometría bioquímica general con creatínifosfocinasa y perfil hepático.
- Estudio de coagulación. Amilasa y lipasa. Amonio. Plomo. Carnitina total y acilcarnitina.
- Orina elemental y sedimento. Urocultivo., Aminoácidos. Ácidos orgánicos. Acilglicina. Catecolaminas. Porfobilinógenos y ácido deltaaminolevulínico, test de gestación.
- Heces: sangre oculta, leucocitos, huevos y parásitos.
- Radiología con ecografía abdominal, radiografía simple de tórax, senos paranasales y abdomen, tránsito digestivo completo, enema de contraste, TAC o RMN cerebral.
- Pruebas funcionales neurológicas. Electroencefalograma.
- Esofagogastroduodenoscopia.

Cuadros clínicos asociados

Se ha encontrado una prevalencia 10 veces superior de **epilepsia** en comparación con niños que no padecen este cuadro (1,2). Aparecen **cefaleas migrañosas** en un 11% de los niños afectados, más del doble que en la población general (1). En un seguimiento de 8 años se ha reportado que hasta en un 75% de los casos podrían desarrollar migraña (5). El **intestino irritable** es mucho más frecuente en los pacientes (67%) (4) y sus familiares (1), **mareos**

durante los viajes 46% (4), convulsiones 5'6% (4). Las familias de los pacientes también suelen presentar trastornos funcionales más a menudo que la media.

Con frecuencia existe una historia familiar de jaquecas y el niño tiene historia de alergias, asma y/o mareos o vómitos.

Los niños con este cuadro tienen unos índices más altos de **ansiedad** que la población pediátrica en general. Pueden aparecer trastornos de pánico así como otros trastornos de ansiedad. Algunos pacientes pueden experimentar este tipo de ataques durante la fase interepisódica (3).

También es frecuente que surjan cuadros ansiosos, depresivos o ambos como consecuencia de los ataques (3).

En cuanto a la personalidad de los pacientes, suelen definirse en un 76% de casos como perfeccionistas, moralistas, con altas expectativas, entusiastas, cuidadosos, competitivos, agresivos, somatizadores (1,2, 4).

Diagnóstico diferencial

El patrón sintomático hace a este síndrome inconfundible con respecto a otros trastornos que cursan con vómitos (3).

Siempre es necesario descartar causas orgánicas antes de considerar que se trata de un cuadro funcional. A veces es difícil realizarlo puesto que existen muchas enfermedades con síntomas similares.

- Gastrointestinales: enfermedad ácido-péptica, pancreatitis recurrente, obstrucción intestinal intermitente, pseudobstrucción crónica intestinal (1), malformaciones gastrointestinales, enfermedad inflamatoria intestinal, desórdenes hepatobiliares, apendicitis crónica (5)

- Enfermedades metabólicas y endocrinas: feocromocitoma, insuficiencia adrenal, diabetes mellitus, deficiencia de enzimas del ciclo de la urea, deficiencia de la cadena media de la acil-coenzima A deshidrogenada, porfiria (1).

- Miscelánea: tumores del tallo cerebral, migraña abdominal, uropatía obstructiva, nefrolitiasis, (5) disautonomía familiar, Munchausen por poderes (1).

- Por su gravedad es importante descartar el glioma del tronco encefálico por infiltración directa del centro del vómito, núcleo del nervio vago o área postrema podría causar brotes de náuseas y vómitos sin signos de hipertensión intracraneal.

- Vómitos crónicos: menos de 4 por hora y más de dos episodios por semana a diferencia de los vómitos cíclicos en que existen 4 ó más vómitos por hora y 2 o menos episodios por semana (4).

Debido a que la aparición en adultos es poco conocida, los pacientes experimentan retraso o error diagnóstico y a veces gestiones inadecuadas e invasivas.

Tratamiento

No existen protocolos de tratamiento específicos. El tratamiento es puramente empírico (4). El tratamiento tiene el objetivo de disminuir el número y la gravedad de los episodios y ayudar a los niños a convivir con su enfermedad. Hay que personalizar cada paciente y la fase en que se encuentre (1).

Es importante la intervención temprana. El objetivo durante la fase prodrómica es **abortar la aparición de vómitos** (3). Tratamientos como ondansetrón, loracepam, alprazolam, ibuprofeno, oxicodona se podrían tomar para las náuseas, como analgésicos y ansiolíticos.

Interrumpir los episodios de vómitos ya establecidos. Se trata de un tratamiento sintomático para disminuir el número y la gravedad de los episodios y prevenir las complicaciones.

Debe iniciarse de forma precoz. La única situación capaz de cortar las náuseas y los vómitos es el sueño (4), por tanto se aconseja inducir el sueño con ambiente tranquilo y oscuro (3), manipulando lo menos posible al niño y administrando loracepam, que puede repetirse cada 6 h si al despertar reaparecen las náuseas (4). También podrían administrarse si es preciso clorpromacina más difenhidramina. Ondansetrón y perfusión de líquidos. Si en unas horas ceden las náuseas y vómitos se podría dar el alta al paciente. Previa administración de una dosis oral de ondansetrón. En caso de continuar los síntomas, se continuará con tratamiento intravenoso. Ante la falta de respuesta al tratamiento descrito, deben considerarse enfermedad orgánica intercurrente o complicaciones secundarias a los propios vómitos (4).

Además del tratamiento de las náuseas y los vómitos se debe administrar protectores gástricos, ranitidina para mantener el ph gástrico elevado, reponer pérdidas añadidas de líquidos y electrolitos, administrar analgésicos y antiinflamatorios en caso de cefalea y abdominalgia (4).

El abordaje ha de ser multidisciplinar y no sólo por parte de Gastroenterología, ya que aunque la manifestación esencial sea el vómito está clara la interacción entre el sistema nervioso, digestivo y endocrino.

Se utiliza la **profilaxis** en intervalos libres de síntomas cuando las crisis sean tan frecuentes o graves para justificar el uso diario de medicamentos (1,2, 4). Las drogas empleadas son las que se usan también para el manejo de las cefaleas migrañosas (2): propanolol, ciproheptadina, amitriptilina, fenobarbital, eritromicina. También se aconseja reducir los factores que puedan predisponer o disparar las crisis (1, 2).

La fase de recuperación suele ser prolongada (3).

A largo plazo es fundamental la colaboración médico-paciente-familia. Reconocer y manejar el estrés causado por la enfermedad así como los sentimientos y las actitudes que pueden predisponer a los ataques.

Pronóstico

Generalmente es favorable. La gravedad y duración se ven influidas por la comorbilidad y la gestión del caso (3). Si bien es un trastorno autolimitado, su duración no puede predecirse. Suele desaparecer en la pubertad. Aunque en algunos casos también puede persistir pasada la adolescencia o puede comenzar años después (2).

Caso clínico 1

Paciente varón de 11 años que acude derivado a CSM por parte de Pediatría por presentar vómitos incoercibles.

Antecedentes médicos y evolutivos

Embarazo normal, a término. Parto vaginal. Periodo neonatal sin problemas. Carácter llorón, no muy inquieto. No vomitador. Reflujo gastroesofágico. Tuvo episodios GAE de fácil resolución. Varicela con 2 meses. Le costaba dormirse y pasaron meses hasta que se reguló el sueño.

No acudió a guardería. Lo cuidaba la madre. Fue con 3 años a la escuela.

Antecedentes familiares

No de interés

Situación basal

Segundo hijo de una familia normalizada. Padre chofer, madre ama de casa.

Un hermano de 15 años.

Cursa 6º curso de primaria en Colegio Público.

Historia de la enfermedad

Cuando empezó a ir al colegio, aparecen los vómitos. De siempre nervioso y este cuadro de ansiedad aumenta con la escolarización. Mejoraba en casa y en periodos vacacionales. El cuadro empeora progresivamente.

En 2006 se realiza el primer ingreso por vómitos, fiebre y leucopenia. Cada 6 meses-1 año ha presentado episodios cíclicos de vómitos. Surgen de repente, sin causa concreta, en cualquier época del año.

Carácter muy responsable y perfeccionista. Saca notas muy buenas. La madre también lo describe como somatizador. No tolera quedar mal con ninguna persona, gran exigencia y competitividad, tiene que cumplir en todo.

Últimamente se ha encontrado peor al bloquearse ante un examen de Matemáticas. Presenta episodio de vómitos y aparece de nuevo fobia a ir al colegio. Episodios de llanto. Lo encuentran con ánimo más bajo de lo habitual.

Tratamiento aplicado y evolución del caso

Se le recomiendan sesiones de psicoterapia, sesiones de relajación e incorporación progresiva al colegio además de seguimiento psiquiátrico.

Como tratamiento farmacológico aconsejamos clonacepam gotas 2'5 mg/ml, 1 a 3 gotas antes de ir al colegio y en situaciones de ansiedad.

En abril de 2011 presenta cuadro diarreico y de tortícolis que cede con antiinflamatorios y analgésicos.

Tiene pendiente endoscopia digestiva que no se ha podido realizar debido a la ansiedad que presenta.

Se añade al tratamiento escitalopram 20 mg en subida progresiva.

El cuadro es muy fluctuante. Lo único que le calma durante los episodios es la fluidoterapia intravenosa.

Aconsejamos que lo lleven al hospital lo menos posible, quitar importancia al síntoma y fomentar independencia. Se intenta implicar al padre para que acuda a las consultas y así poder investigar la dinámica familiar. Finalmente no acude a ninguna consulta.

Mejora el ánimo aunque sigue presentando reticencia y gran ansiedad en relación al colegio. Presenta ansiedad anticipatoria. Cuando está nervioso es más probable que aparezcan los vómitos.

Se le pautan registros en relación con situaciones ansiógenas para analizarlas y se insiste en la incorporación progresiva al colegio.

En julio de 2011 refieren que ha presentado algunos episodios de vómitos. Cualquier situación concomitante como tener mucosidad favorece el vomitar. En el hospital le recomiendan

diazepam rectal ante los episodios de vómitos. Menos irritable. Toma mucho menos clonazepam que al principio.

En los últimos meses ha presentado mejoría y no han aparecido episodios hasta el momento.

Seguirá en seguimiento psiquiátrico y psicológico.

Caso clínico 2

Mujer de 12 años derivada al CSM desde Pediatría del hospital por presentar "cuadro de vómitos cíclicos, personalidad ansiosa"

Al parecer tras un periodo de mejoría en que los vómitos mejoran con ondansetrón, desde hace unos 3 meses presenta empeoramiento. Acuden al CSM en mayo de 2011.

El diagnóstico de vómitos cíclicos se realiza en 2007 pero refieren que la clínica emética aparece desde que tenía 1'5 años. Ha presentado todos los meses un día, que solía coincidir a mediados de mes, en que estaba 24 horas con vómitos muy frecuentes.

Era necesaria sedación para que los vómitos cedieran y en el momento de la consulta tomaba lorazepam para atenuar el cuadro de nerviosismo que se añadía.

Parece que el empeoramiento coincide con proceso de separación de los padres.

Carácter, conducta y relaciones interpersonales

Impulsiva, sensible y nerviosa, simpática, bromista con las amigas, presumida, buen comportamiento en casa, respeta las normas, colabora en las tareas de casa, refiere tener muchas amigas y amigos.

Escolaridad, ocio y tiempo libre

Cursa 1º de ESO en un IES. Siempre ha sido muy buena en su rendimiento pero ha empeorado, probablemente debido al cambio del colegio al instituto y la separación de los padres, no actividades extraescolares, le gusta el ordenador, salir con las amigas.

Antecedentes personales

Embarazo y parto sin incidencias. Desarrollo psicomotor y del lenguaje dentro de los parámetros evolutivos normales. Muchos ingresos (desde el año y medio todos los meses han pasado dos noches en el hospital por el tema de los vómitos cíclicos). Intolerancia a la lactosa, tiene alergias comunes a polen de algunas plantas. No TCE, no convulsiones febriles, no menarquia.

En estudio en consultas de Pediatría desde 2007 por cuadro de vómitos cíclicos, con pruebas complementarias normales.

No tabaco, no alcohol, no refiere consumo de otros tóxicos.

Situación basal

Vive con la madre, tienen custodia compartida pero ha sido una separación amistosa. La separación se hizo efectiva hace unas dos semanas, no se hizo antes por motivos económicos, pero han vivido dos años con un ambiente tenso, en el que ya se sabía que se querían separar.

Padre de 45 años, encofrador, actualmente cobrando subsidio por desempleo.

Madre de 40 años, agente inmobiliario, perito (lleva cuatro o cinco trabajos para delante), pendiente de ser vista por Reumatología por fuertes dolores en las manos. Hermano de 18 años, estudia un módulo de electricidad, sano.

Hermana de 14 años, 3º de ESO, sana.

Abuela paterna que falleció hace un mes parece que padecía de "cuadros psicóticos", una tía paterna ictus con bastante afectación física y funcional.

Evolución de la enfermedad

Ha estado un año con crisis leves pero hace unos tres meses ha comenzado de nuevo. Actualmente no necesita ingreso, toma ondansetrón en cuanto se nota los primeros síntomas, que consisten en el dolor de cabeza. Ha sido vista por el Neurólogo del hospital que coincide en el diagnóstico actual.

No se observa psicopatología de importancia.

Se realiza estudio psicológico (MACI, CDI y STAIC).

Se realiza intervención motivacional y cognitivo-conductual.

La última vez que acude a consulta es en octubre de 2011. Se encuentra mejor de ánimo y lleva mejor la separación de los padres. No ha vomitado desde hace tiempo. No ha precisado tratamiento psicofarmacológico.

Discusión

El síndrome de vómitos cíclicos es un trastorno muy prevalente entre la población pediátrica, aunque muy poco conocido entre los profesionales sanitarios.

La relación con la Psiquiatría es clara, sobre todo por dos motivos: las repercusiones psicológicas derivadas de la sobrecarga emocional que produce. Por otro lado, se ha encontrado que a nivel de su etiología juegan un papel importante los factores psicológicos, de hecho se considera un cuadro de origen funcional en el que se descartan los factores orgánicos. No existen pruebas de diagnóstico objetivas que justifiquen la alteración.

Parece que las personas que lo sufren tendrían en general personalidades más ansiosas, aprensivas, con rasgos de mucho perfeccionismo y exigencia interpersonal, con altas expectativas, competitivos y con tendencia a la somatización. Estas características predispondrían al SVC. Se trata de una disfunción en el eje cerebrointestinal. Presentan reacciones exageradas ante estímulos estresantes y responden con episodios de vómitos.

Parece que este trastorno podría englobar entidades diferentes, o de distinto origen, que confluyen dando lugar a las mismas manifestaciones.

A nivel biológico, cada vez se tiene mayor evidencia de la existencia de alteraciones. Se ha encontrado elevación de sustancias como serotonina, cortisol o vasopresina. Estas sustancias influirían sobre el tracto gastrointestinal produciendo las manifestaciones clínicas. El origen de la elevación de estos marcadores sería el factor estresante que confluiría, como hemos dicho, sobre una personalidad tendente a la ansiedad. Se han encontrado, además alteraciones como una elevación de la actividad del sistema nervioso simpático, alteraciones autonómicas en general, y a un nivel más concreto se habla de defectos en el metabolismo de ácidos grasos o mutaciones en el ADN mitocondrial

Se han descrito una serie de patologías que compartirían un mecanismo etiopatogénico similar. Entre ellas destaca la migraña, entidad que se asocia con gran frecuencia al SVC.

Las manifestaciones sintomatológicas son características en todos los pacientes, aunque cada uno va a presentar un patrón estereotipado de síntomas.

Lo más destacable es la existencia de episodios recortados en el tiempo, pero con una intensidad elevada de síntomas.

No existe ninguna prueba específica que nos dé el diagnóstico de este cuadro. Nos basamos en criterios clínicos para efectuar el diagnóstico y sobre todo, la exclusión de otros procesos que justifiquen el trastorno.

Se trata de una entidad poco conocida, sobre todo en adultos, donde también puede aparecer, aunque con una frecuencia mucho menor que en niños. Esto favorece el error o retraso diagnóstico.

El tratamiento es sintomático. Es fundamental la interrelación médico-paciente-familia para reconocer y manejar el estrés que causa la enfermedad y además de tratar los episodios de vómitos a nivel médico, realizar un tratamiento integrativo a nivel psicológico y psiquiátrico, si procede, para favorecer la adaptación del paciente y la familia y analizar los factores psicológicos que pudiesen estar relacionados con la etiología y el mantenimiento del proceso. El fuerte efecto placebo (hasta un 70% de los casos) parece asociarse a la consulta médica, lo cual sugiere un alto contenido psicoemocional asociado a este trastorno (2)

El pronóstico suele ser benigno. Sin embargo, genera una gran angustia e incertidumbre entre los pacientes que lo padecen así como entre sus familiares. Dificulta de una manera notable su funcionamiento a todos los niveles. El impacto físico y emocional que padecen estos niños puede ocasionar severos trastornos de comportamiento (2).

Las complicaciones médicas o implicaciones orgánicas del cuadro, son sin embargo, escasas habitualmente.

Continúa constituyendo un enigma pediátrico en la actualidad.

Conclusiones

El SVC es un trastorno gastrointestinal funcional que consiste en episodios de vómitos recurrentes sin encontrar causa orgánica que justifique el proceso.

Los factores psicológicos son de gran importancia en el origen y mantenimiento del cuadro.

Se trata de pacientes con personalidades ansiosas, perfeccionistas, competitivas.

Es una entidad bastante frecuente aunque poco conocida.

Más frecuente en la edad pediátrica aunque también puede aparecer en adultos.

Es muy importante realizar un diagnóstico diferencial con entidades orgánicas.

El diagnóstico es clínico y el tratamiento sintomático.

Se trata de un cuadro de escasa gravedad clínica pero causa de gran sufrimiento y limitaciones a nivel personal y sociofamiliar.

Referencias

- (1) Rivas Domingo, D. Fragoso Arbelo, T. *Síndrome de vómitos cíclicos*. *An Pediatr (Barc)* 2008; 6 (Supl 2): 1-378/pág 276. *Rev Cubana Pediatr*. 2007; 79(3).
- (2) Kenny P. *Síndrome de vómitos cíclicos: un enigma pediátrico vigente*. *Arch. Argen. Pediatr*. 2000; 98(1).
- (3) Fleisher D et als. *Síndrome de vómitos cíclicos en 41 adultos, la enfermedad, los pacientes y los problemas de gestión*. *BMC Medicine*, 2005; 3: 20-20.
- (4) Barrio Merino, A. *Síndrome de vómitos cíclicos* En: Vilar Escrigas. *Regurgitación y enfermedad por reflujo gastroesofágico, síndrome de vómitos cíclicos y vómitos crónicos o recurrentes de otra etiología*. *Anales Españoles de Pediatr* 2002; vol 56: 156-159.
- (5) Hidalgo-Valadez C y cols. *Síndrome de vómito cíclico. Presentación de un caso*. *Acta médica enero-marzo 2005*. Grupo Ángeles. Vol 3. Nº 1.



Cite este artículo de la siguiente forma (estilo de Vancouver):

García Herrero AM, Fernández Jiménez AM, Lozano Baños F, Sánchez de Lugarnuevo MI, López Sánchez, DN de M, Pérez Crespo F de A. Síndrome de vómitos cíclicos. Psiquiatria.com [Internet]. 2012 [citado 12 Mar 2012];16:14. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/5467>