

CASO CLÍNICO

Discapacidad psíquica y vómitos persistentes

Patricia Diego Vall¹, Mònica Boada Farràs¹, Victor Vila Miravet², Victoria Trenchs Sainz De La Maza¹

¹Área de Urgencias Pediátricas. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona. ²Servicio de Gastroenterología. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona. ³Influencia del entorno en el bienestar del niño y del adolescente. Institut de Recerca Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona. ⁴Universitat de Barcelona. Barcelona

Recibido el 15 de noviembre de 2022

Aceptado el 9 de diciembre de 2022

Palabras clave:

Cuerpos extraños
Vómitos
Obstrucción intestinal
Discapacidad intelectual
Síndrome de Marfan

Key words:

Foreign bodies
Vomiting
Intestinal obstruction
Intellectual disability
Marfan syndrome

Resumen

Los vómitos son un síntoma común de numerosas enfermedades y uno de los motivos más frecuentes de consulta tanto a nivel ambulatorio como en el ámbito de Urgencias. Sus causas son múltiples y, aunque suelen ser secundarios a causas gastrointestinales leves, pueden tener su origen en cualquier sistema de nuestro organismo y la gravedad puede variar sustancialmente, desde patologías banales a otras potencialmente graves que requieren un diagnóstico y tratamiento urgente.

Presentamos el caso de una paciente de 13 años con síndrome de Marfan y discapacidad intelectual con vómitos persistentes y dolor abdominal. Había consultado en repetidas ocasiones a Urgencias siendo diagnosticada de gastroenteritis aguda, encontrándose finalmente un conjunto de seis objetos plásticos en el estómago, uno de ellos impactado en píloro, causando obstrucción y provocando úlceras. La evolución fue favorable, pero precisó ingreso durante 48 horas y realización de endoscopia urgente para la extracción del material.

MENTAL DISABILITY AND PERSISTENT VOMITING

Abstract

Vomiting is a common symptom of numerous diseases, and one of the most frequent reasons for seeking healthcare. Its causes are multiple, and although being usually secondary to mild gastrointestinal causes, it can originate from any system of our body and the severity can vary substantially from mild to severe and even life-threatening pathologies, requiring urgent diagnosis and treatment.

We present the case of a 13-year-old patient with Marfan syndrome and intellectual disability who consulted for persistent vomiting and abdominal pain. She had repeatedly consulted the Emergency Department being diagnosed with acute gastroenteritis, finally finding a set of 6 plastic objects in stomach, one of them impacted in the pylorus, causing obstruction and ulceration. The evolution was favorable but required admission for 48 hours and urgent endoscopy to extract the material.

Dirección para correspondencia:

Dra. Mònica Boada Farràs
Área de Urgencias Pediátricas.
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.
Passeig Sant Joan de Déu, 2.
08950 Esplugues de Llobregat, Barcelona
Correo electrónico: monica.boada@sjd.es

INTRODUCCIÓN

Los vómitos constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes a Urgencias en la edad pediátrica. Es un síntoma común a muchas enfermedades y, en la mayoría de las ocasiones, secundario a procesos banales. La causa más frecuente, independientemente de la edad de presentación, es secundaria a un proceso infeccioso agudo⁽¹⁾. Sin embargo, los vómitos pueden ser también secundarios a patologías potencialmente graves que requieren un manejo y tratamiento adecuado y precoz⁽²⁾. Ante la presencia de vómitos repetidos y persistentes, se deben plantear otras etiologías y realizar las exploraciones complementarias necesarias, especialmente en niños con discapacidad intelectual o trastornos del comportamiento, ampliando la sospecha diagnóstica a causas menos frecuentes. Nuestro objetivo es exponer un caso clínico atípico en una paciente adolescente, con discapacidad intelectual, que consulta repetidamente a Urgencias por vómitos persistentes.

Para su publicación se obtuvo el consentimiento informado de la familia.

CASO CLÍNICO

Presentación

Adolescente de 13 años que acude a Urgencias por vómitos diarios postprandiales (2-3 al día) de 8 días de evolución. El padre explica que primero se queja de dolor abdominal (no sabe especificar localización) y posteriormente vomita, con mejoría del dolor. Presenta disminución de la ingesta, con adecuada tolerancia a líquidos, presentando los vómitos sobre todo tras la ingesta de sólidos. Último vómito el día anterior por la noche. Última deposición el día de la consulta, de consistencia blanda sin productos patológicos, sin haber realizado deposiciones los últimos 6 días. Previo al inicio de los vómitos presentó deposiciones diarreicas durante 4-5 días. No atragantamientos, ni disfga. No sialorrea. Afebril.

Desde el inicio de la clínica ha sido valorada en cuatro ocasiones en Urgencias de otro centro y tratada ambulatoriamente. La primera vez hace 13 días, se diagnostica gastroenteritis e indica ondansetrón sublingual; la segunda hace 12 días, se realiza radiografía de abdomen interpretada como normal y se administra ondansetrón; la tercera hace 11 días, se pauta carga de volumen endovenosa más ondansetrón, y la cuarta hace 8 días, se indica suero de rehidratación y analgesia oral.

Además, hace 5 días consulta en nuestras Urgencias; sus cuidadores refirieron presencia de trozos de corcho en uno de los vómitos que creen que ingirió al inicio de la clínica. Se realiza gasometría capilar que es normal y se indica omeprazol oral.

Antecedentes personales

Síndrome de Marfan genéticamente confirmado, con retraso del desarrollo psicomotor y epilepsia con crisis de ausencias controlada con ácido valproico.

Infecciones respiratorias graves repetidas que han requerido soporte ventilatorio no invasivo agudo, con sospecha de síndrome de aspiración crónica.

Operada a los 6 días de vida de hernia hiatal con porción gástrica intratorácica. Cifoesciosis intervenida a los 10 y 12 años.

Osteopenia con fracturas subcapitales de ambos fémures con requerimiento de instrumentalización quirúrgica. En tratamiento coadyuvante con bifosfonato endovenoso, suplementación de calcio y vitamina D.

Exploración física

Peso 48 kg, temperatura: 36,7°C, tensión arterial: 118/82 mmHg, frecuencia cardíaca: 106 lpm.

Triángulo de evaluación pediátrica ESTABLE. Buen estado general. Buena hidratación de piel y mucosas. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: blando y depresible, no se palpan masas ni visceromegalias. No distensión. Sin claro dolor a la palpación. No defensa abdominal. Ruidos hidroaéreos normales. ORL sin alteraciones. Consciente. Sin signos de irritación meníngea.

Pruebas complementarias

En Urgencias se decide canalizar vía venosa y extraer analítica sanguínea que no muestra alteraciones (hemograma, bioquímica, equilibrio ácido-base y ionograma normales, no elevación de reactantes de fase aguda). Se realiza radiografía de tórax normal. Valorada conjuntamente con el equipo de Gastroenterología se decide ingreso hospitalario para ampliar estudio bajo tratamiento con protector gástrico (omeprazol endovenoso) y dieta absoluta con sueroterapia a necesidades basales.

Durante el primer día de ingreso, se realiza un tránsito esófago-gastroduodenal, donde se observa contenido heterogéneo en el interior del estómago, sugerente de material alimentario, así como defecto de repleción en la parte central de la luz en el píloro o porción duodenal, sin conseguir progresión del contraste más allá de esta región (Figura 1). Se realiza endoscopia digestiva alta, destacando abundantes restos alimentarios en cavidad gástrica y seis cuerpos extraños (CE) en cuerpo gástrico de material plástico (de unos 10-16 cm de longitud y 2-7 cm de ancho, cuatro de ellos eran guantes de látex), uno de ellos enclavado en píloro. Por vía endoscópica se realiza extracción de los seis objetos con asa de polipectomía, y tras extracción del CE enclavado en píloro, se aprecian dos grandes úlceras profundas con fondo de fibrina (Forrest III) a nivel peripilórico, sin obstrucción residual del lumen (Figura 2).

Diagnóstico

CE intragástricos, uno de ellos enclavado en píloro. Úlceras peripilóricas por decúbito.

Evolución clínica

Tras la endoscopia, se mantiene ingresada durante 48 horas para vigilancia clínica con mejoría, sin presentar nuevos vómitos y con adecuada tolerancia a la reintroducción de la alimentación. Se da el alta con tratamiento con lansoprazol vía oral y controles ambulatorios.

Seguimiento

La paciente se mantiene estable, se programa nueva endoscopia digestiva alta para control.

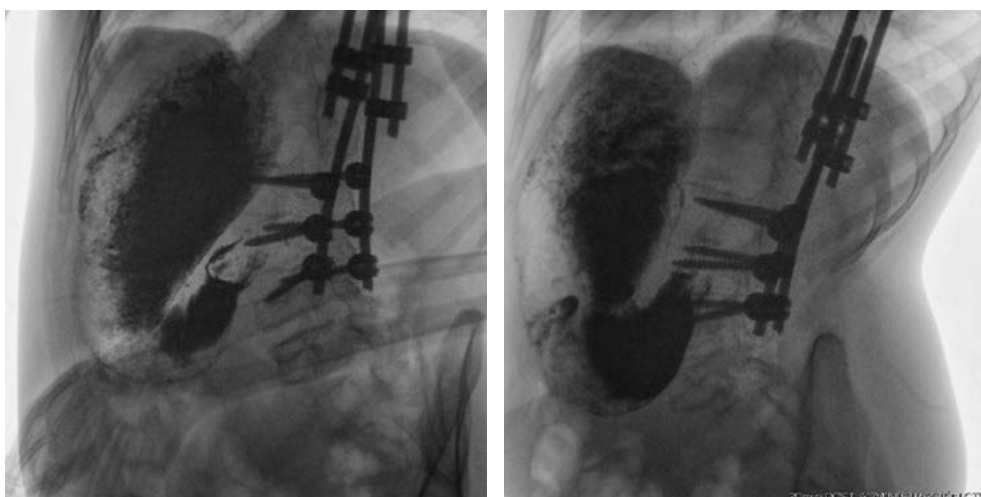


FIGURA 1. Tránsito esófago-gastroduodenal. Se observa defecto de repleción en la parte central de la luz en el píloro o porción duodenal.



Extracción de cuerpo extraño

Cuerpos extraños

FIGURA 2. Endoscopia digestiva alta. Se extraen cuerpos extraños en cuerpo gástrico de material plástico y se observan úlceras peripilóricas.

DISCUSIÓN

Ante un paciente con vómitos persistentes diarios y dolor abdominal, en especial en edad infantojuvenil con antecedentes neurológicos, trastornos psiquiátricos o discapacidad intelectual, hay que establecer el diagnóstico diferencial con entidades como trastorno alimentario (pica)⁽³⁾ u obstrucción intestinal por ingesta de CE.

La ingestión de CE es un problema común en niños de todo el mundo⁽⁴⁾. La mayoría de los CE pueden pasar por el tracto gastrointestinal sin problemas, pero una pequeña proporción puede causar complicaciones que incluyen perforación, obstrucción y fístula, pudiendo llegar a ser mortal^(4,5). En muchos casos el diagnóstico es complicado, sobre todo cuando la ingesta del CE no ha sido presenciada por los cuidadores, y ante la presencia de síntomas clínicos atí-

picos. La mayoría de los CE no metálicos no se visualizan por radiografía simple, haciendo su diagnóstico más difícil. Las complicaciones graves que pueden desarrollar dependen de las características del CE, su localización anatómica, la edad del niño y la demora en el diagnóstico⁽⁶⁾.

En algunas series pediátricas se describe que la mayoría de los CE ingeridos son inorgánicos, siendo más frecuente la ingesta de pines y monedas; los de tipo plástico pueden llegar a representar el 7%^(6,7).

En pacientes con retraso psicomotor o trastornos de la conducta, otra entidad a tener en cuenta ante sintomatología de obstrucción intestinal es el bezoar, definido como una acumulación compacta de material parcialmente digerido en el estómago. Suele ser habitual ante la presencia de tricotilomanía y tricotilofagia^(8,10). Su espectro clínico es amplio, y se describen desde casos asintomáticos hasta pacientes

con graves complicaciones, como la obstrucción intestinal, hemorragias digestivas y perforación gástrica⁽⁹⁾. También hay que establecer diagnóstico diferencial con etiologías menos habituales como el síndrome de obstrucción del tracto de salida del estómago⁽¹¹⁾.

Dada la dificultad y frecuente demora en el diagnóstico de estas entidades, es de gran importancia realizar una anamnesis y exploración física exhaustivas que permitan establecer la sospecha clínica, y realizar las pruebas complementarias pertinentes. La radiografía abdominal y el tránsito esófago-gastroduodenal⁽⁴⁾ pueden aportar información; aunque, tal y como queda reflejado en este caso, el método de elección es la endoscopia digestiva alta que tiene un papel tanto diagnóstico como terapéutico, cuando es posible. En los casos en los que no lo es, es necesario un abordaje quirúrgico⁽⁷⁾.

COMENTARIOS

En este caso se evidencia que los vómitos no son siempre sinónimo de patología banal. A pesar de que se deban tener en cuenta las causas más frecuentes, no debemos olvidar que también pueden ser síntoma de patología grave con necesidad de tratamiento médico-quirúrgico urgente, más aún en pacientes con discapacidad intelectual y necesidades especiales en salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shields TM, Lightdale JR. Vomiting in Children. *Pediatr Rev.* 2018; 39(7): 342-58.
2. Singhi SC, Shah R, Bansal A, Jayashree M. Management of a child with vomiting. *Indian J Pediatr.* 2013; 80(4): 318-25.
3. Leung AK, Hon KL. Pica: A Common Condition that is Commonly Missed - An Update Review. *Curr Pediatr Rev.* 2019; 15(3): 164-9.
4. Lin XK, Wu DZ, Lin XF, Zheng N. Intestinal perforation secondary to ingested foreign bodies: a single-center experience with 38 cases. *Pediatr Surg Int.* 2017; 33(5): 605-8.
5. Green SS. Ingested and Aspirated Foreign Bodies. *Pediatr Rev.* 2015; 36(10): 430-6.
6. Passali D, Gregori D, Lorenzoni G, Cocca S, Loglisci M, Passali FM, et al. Foreign body injuries in children: a review. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2015; 35(4): 265-71.
7. Xu G, Chen YC, Chen J, Jia DS, Wu ZB, Li L. Management of oesophageal foreign bodies in children: a 10-year retrospective analysis from a tertiary care center. *BMC Emerg Med.* 2022; 22(1): 166.
8. Iwamura M, Tanaka S, Shiode J, Imagawa A, Mizuno M, Fujiki S, et al. Clinical characteristics and treatment outcomes of nineteen Japanese patients with gastrointestinal bezoars. *Intern Med.* 2014; 53(11): 1099-105.
9. Marique L, Wirtz M, Henkens A, Delchambre E, Rezaï M, Venet C, et al. Gastric Perforation due to Giant Trichobezoar in a 13-Year-Old Child. *J Gastrointest Surg.* 2017; 21(6): 1093-4.
10. García BE, Nuño CM, Zaragoza RE, Salado H, Gómez A, Corona JL. Small-Bowel Obstruction Secondary to Ileal Trichobezoar in a Patient with Rapunzel Syndrome. *Case Rep Gastroenterol.* 2018; 12(3): 559-65.
11. Notue YA, Mbessoh UI, Tientcheu TF, Moifo B, Mefire AC. Gastric outlet obstruction secondary to peptic ulcer disease, previously misdiagnosed as idiopathic hypertrophic pyloric stenosis in a 16-year-old girl: a case report. *J Surg Case Rep.* 2020; 2020(7): rjaa232.