



Recibido: 17/11/2015

Aceptado: 15/12/2015

Síndrome de vómitos cíclicos: un reto en el diagnóstico y tratamiento

Marta López-Úbeda,^{1,*} Ruth García-Romero,¹ Inés Martínez-Redondo,¹
Eduardo Ubalde-Sainz,¹ Ignacio Ros-Arnal¹

¹ Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición. Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza, España.

RESUMEN

El síndrome de vómitos cíclicos es un trastorno idiopático gastrointestinal frustrante y desconcertante que con frecuencia conduce a la hospitalización. Este síndrome continúa siendo un reto en el diagnóstico, ya que no existe ninguna prueba específica y se basa en el cumplimiento de algunos criterios y la exclusión de otras enfermedades. Presentamos el caso clínico de una escolar con episodios de vómitos intensos acompañados de somnolencia y estado estuporoso. Con frecuencia hay un retraso en el diagnóstico que da lugar a un empeoramiento en la calidad de vida de estos pacientes. El tratamiento varía según la experiencia clínica y debe recomendarse tratamiento profiláctico para prevenir los episodios. Este manuscrito pretende ayudar a conocer este síndrome cada vez más frecuente y servir de guía para los profesionales en su manejo.

Palabras clave: Síndrome de vómitos cíclicos, niños, diagnóstico, tratamiento.

ABSTRACT

The cyclic vomiting syndrome is a frustrating and disturbing idiopathic gastrointestinal disorder that often leads to hospitalization. This syndrome remains today a diagnostic challenge since a specific test does not exist and it is based on the fulfillment of diagnostic criteria and the exclusion of other conditions. We report the case of a school girl that started with episodes of severe vomiting, with lethargic or stuporous consciousness. Eventually, a diagnostic delay often leads to deterioration in the quality of life in these patients. Treatment varies depending on the clinical experience, and prophylactic treatment should be recommended to prevent episodes. This manuscript pretends to help meet this increasingly frequent syndrome, and provide guidance in the management for professionals.

Key words: Cyclic vomiting syndrome, children, diagnostic, treatment.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de vómitos cíclicos (SVC) es un trastorno idiopático gastrointestinal funcional, frustrante y desconcertante de difícil tratamiento, que se caracteriza por episodios recurrentes estereotipados de náu-

ses y vómitos con intervalos variables asintomáticos entre los episodios. Fue descrito por primera vez por Heberden¹ en París en 1806 y por Gee² en Inglaterra en 1882, quien describió tres características clínicas esenciales en este trastorno que todavía hoy se aplican: 1) tres o más episodios de vómitos recurrentes; 2) intervalos variables asintomáticos entre los episodios y 3) episodios estereotipados con respecto al inicio, síntomas y duración. Posteriormente, se ha añadido un cuarto criterio que incluye la ausencia de una causa orgánica de los vómitos, se trata de un cuadro autolimitado, pero de duración variable (de horas a días) sin existir una causa aparente que justifique los vómitos.³⁻⁵

* Correspondencia: MLU, marta.lopez.ubeda@gmail.com

Conflictos de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: López-Úbeda M, García-Romero R, Martínez-Redondo I, Ubalde-Sainz E, Ros-Arnal I. Síndrome de vómitos cíclicos: un reto en el diagnóstico y tratamiento. Rev Mex Pediatr 2016; 83(1):20-23.

[Cyclic vomiting syndrome: a diagnostic and treatment challenge]

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una niña de seis años, sin antecedentes familiares ni personales de interés, que presenta dos episodios súbitos, con intervalo libre de 15 días, de vómitos incoercibles con hebras sanguinolentas, hipersalivación, febrícula al inicio del cuadro con deposiciones normales que precisan ingreso para tratamiento de soporte (rehidratación, antiemético y protector gástrico). Durante los episodios presenta cuadro de somnolencia progresiva, por lo que se realiza: bioquímica completa, amonio, perfil hepático, enzimas pancreáticas, gasometría capilar, hemograma, hemostasia, hemocultivo, tóxicos en orina, serologías (rubéola, micoplasma, virus varicela zóster, *Borrelia*, sarampión, virus herpes simple y herpes 2 y 6) con resultado normal. Se completa el estudio con despistaje de metaboliopatías, punción lumbar, radiografía de tórax, TAC craneal, electroencefalograma, ecografía abdominal y fondo de ojo normales. Ante persistencia del estado de estupor y por sospecha de encefalopatía aguda, se inicia tratamiento con aciclovir intravenoso. A los seis días del ingreso presenta mejoría súbita espontánea de la clínica neurológica y de los vómitos, retirándose el tratamiento con aciclovir ante resultado negativo de PCR para virus herpes simple y pudiendo ser dada de alta hospitalaria.

A los seis años y cinco meses y a los seis años y nueve meses presenta dos nuevos episodios de características similares con vómitos incoercibles con hebras de sangre, repitiéndose el estudio analítico que es anodino. Se completa la observación con estudio hormonal, radiografía de abdomen, ecocardiografía y resonancia magnética cerebral que resultan normales. Se realiza endoscopía digestiva alta con diagnóstico macroscópico de gastritis antral leve y estudio histológico normal. Los dos últimos cuadros presentaron una duración de siete días con posterior normalización clínica.

Ante el antecedente de cuatro episodios de vómitos cíclicos superponibles, con períodos libres de síntomas entre ellos, se plantea el diagnóstico de síndrome de vómitos cíclicos, iniciándose tratamiento de mantenimiento oral con ciproheptadina a 0.15 mg/kg/día. La paciente continúa con el tratamiento y no ha vuelto a presentar nuevos episodios tras su instauración hace 18 meses.

DISCUSIÓN

El síndrome de vómitos cíclicos presenta una incidencia desconocida, pero se cree que ha aumentado en los últimos años,⁶⁻⁸ su etiología también se desconoce.

Suele aparecer emparentado con la migraña (81%), pero también se ha relacionado con trastornos endocrinológicos por alteraciones del eje hipotalámico-pituitario-adrenal, con alergias alimentarias y con trastornos metabólico-mitocondriales.^{9,10} La edad media de aparición es 5.2 años y de diagnóstico, 7.8 años.

Se trata de un diagnóstico basado en la clínica que se establece ante la presencia de por lo menos tres episodios de vómitos con un patrón estereotipado de inicio y finalización brusco y por la ausencia de síntomas entre cada episodio.

El síntoma fundamental es el vómito súbito y de alta intensidad, en forma de episodios recurrentes, con períodos asintomáticos y con un patrón estereotipado; la duración del episodio y del intervalo intercrítico suele ser constante aunque varía de unos niños a otros, pudiendo existir factores desencadenantes.

Son frecuentes los síntomas acompañantes: autonómicos (palidez, letargia, taquicardia e hipertensión), digestivos (dolor abdominal, malestar general y náuseas), neurológicos (cefaleas, fotofobia y fonofobia). Los más frecuentes son las náuseas y el letargo.¹¹⁻¹³ El niño/a adopta una actitud definida como "coma consciente": prefiere el ambiente oscuro y tranquilo, se niega a hablar y los ruidos, olores, etc. le molestan provocándole vómitos.

En esta niña se presentó un cuadro típico de vómitos cíclicos con un patrón estereotipado, aunque no pudo establecerse el diagnóstico hasta el cuarto episodio.

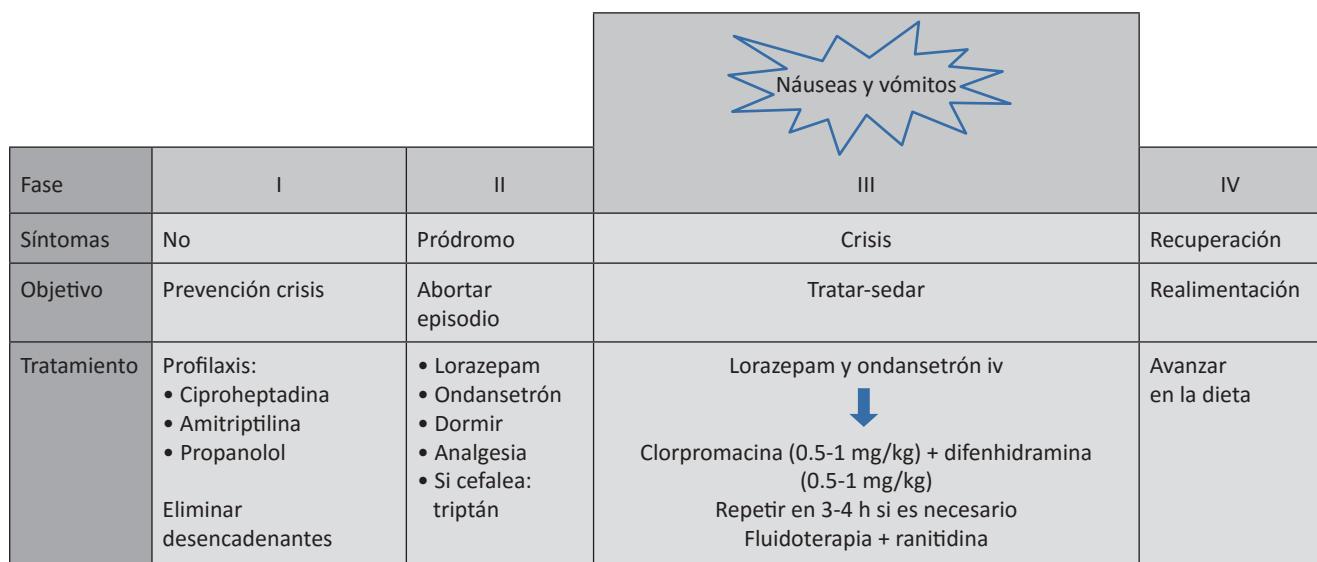
Cuadro 1. Criterios diagnósticos de consenso propuestos (Londres 1994).

a) Criterios diagnósticos esenciales

- Episodios de vómitos graves, recurrentes y separados
- Intervalos variables de salud normal entre episodios
- Duración de horas a días de los episodios de vómitos
- Causa no aparente de vómitos (laboratorio, radiología, endoscopía normal)

b) Criterios de soporte diagnóstico

- 1º Patrón:
 - Estereotípico: cada episodio es similar en su momento de inicio, intensidad, duración, frecuencia, síntomas asociados y signos
 - Autolimitado: los episodios se resuelven espontáneamente si no se tratan
- 2º Síntomas asociados:
 - Náusea, dolor abdominal, cefalea, mareo, fotofobia y letargia
- 3º Signos asociados:
 - Fiebre, palidez, diarrea, deshidratación, sialorrea y aislamiento



Fuente: Empiric guidelines for treatment of cyclic vomiting syndrome, April 2008.

Figura 1. Fases del tratamiento de vómitos cíclicos.

No existe ninguna prueba de imagen ni de laboratorio específica que permita precisar el diagnóstico del SVC, por lo que éste se basa exclusivamente en el cumplimiento de los criterios diagnósticos y la exclusión de otras enfermedades (*Cuadro 1*). Durante el episodio debe realizarse un análisis sanguíneo con hemograma, bioquímica con amilasa y pruebas hepáticas. Los estudios radiológicos y endoscópicos se llevarán a cabo en función de signos de alerta.^{13,14}

Nuestro caso precisó incluso la realización de una resonancia magnética cerebral junto con una endoscopía digestiva dada la afectación neurológica que presentaba durante los episodios.

En el tratamiento se utilizan medidas abortivas si el paciente puede identificar un precipitante, tratamiento con medidas de soporte del episodio (hidratación, antieméticos, analgesia) y profiláctico cuando los episodios son graves o frecuentes (*Figura 1*).

Los tratamientos de mantenimiento utilizados varían según la experiencia clínica: ciproheptadina, amitriptilina y propanolol, (como antimigráfono), antiepilépticos (fenobarbital), flunarizina y los procinéticos (eritmomicina).

El tratamiento con ciproheptadina a 0.1-0.3 mg/kg/día proporciona un efecto antihistamínico, antiserotoninérgico, sedante y anticolinérgico. El efecto adverso es la ganancia de peso por su acción estimulante del apetito.^{13,14}

La paciente lleva 18 meses con el tratamiento de ciproheptadina, no ha vuelto a presentar nuevos episodios hasta ahora y ha ganado peso.

El pronóstico, en la mayoría de los casos (65%), es hacia la resolución de los episodios generalmente antes de la adolescencia.^{15,16}

Finalmente, apuntar que la incidencia en la edad pediátrica del síndrome de vómitos cíclicos está aumentando en los últimos años y continúa siendo un reto en el diagnóstico, ya que no existe ninguna prueba específica y se basa en el cumplimiento de unos criterios diagnósticos y la exclusión de otras enfermedades. Con frecuencia hay un retraso en el diagnóstico que da lugar a un deterioro en la calidad de vida de estos pacientes. El tratamiento varía según la experiencia clínica y debe recomendarse tratamiento profiláctico para prevenir episodios.

REFERENCIAS

- Heberden W. Commentaries on the history and cause of diseases: the late sequelae of recurrent vomiting in childhood. *Dev Med Child Neurol.* 1974; 16: 15-22.
- Gee S. *On fitful or recurrent vomiting.* Saint Bartholomew's Hospital Rep. 1882; 18: 1-6.
- 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(3): 379-393.
- Li BUK, Issenman R, Sarna SK. Proceeding on the 2nd International Symposium on Cyclic vomiting syndrome. *Dig Dis Sci.* 1999; 44(Suppl): S1-S120.

5. Lee LY, Abbott L, Mahlangu B, Moodie SJ, Anderson S. The management of cyclic vomiting syndrome: a systematic review. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2012; 24(9): 1001-1006.
6. Cullen KJ, Macdonald WB. The periodic syndrome: its nature and prevalence. *Med J Aust.* 1963; 50(2): 167-173.
7. Faucher S, Le Heuzey MF, Rouyer V, Mouren SM. À propos du syndrome des vomissements cycliques. *Arch Pediat.* 2003; 10(4): 385-391.
8. Boles RG, Zaki EA, Lavenberg T et al. Are pediatric and adult-onset cyclic vomiting syndrome (CVS) biologically different conditions? Relationship of adult-onset CVS with the migraine and pediatric CVS-associated common mtDNA polymorphisms 16519T and 3010A. *Neurogastroenterol Motil.* 2009; 21(9): 936-e72.
9. Li BU, Misiewicz L. Cyclic vomiting syndrome: a brain-gut disorder. *Gastroenterol Clin North Am.* 2003; 32(3): 997-1019.
10. Farquar HA. Abdominal migraine in children: quantitative criteria and diagnostic implications. *Pediatrics.* 1996; 97: 364-368.
11. Fleisher DR, Matar M. The cyclic vomiting syndrome: a report of 71 cases and literature review. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1993; 17(4): 361-369.
12. Withers GD, Silburn SR, Forbes DA. Precipitants and aetiology of cyclic vomiting syndrome. *Acta Paediatr.* 1998; 87(3): 272-277.
13. Fleisher DR. *Empiric guidelines for treatment of cyclic vomiting syndrome.* April 2008. Disponible en <http://cvsanonline.org/pdfs/2008%20Empiric%20Guidelines%202045-3.pdf>
14. Drumm BR, Bourke B, Drummond J, McNicholas F, Quinn S, Broderick A et al. Cyclical vomiting syndrome in children: a prospective study. *Neurogastroenterol Motil.* 2012; 24(10): 922-927.
15. Dignan F, Symon DN, AbuArafeh I, Russell G. The prognosis of cyclical vomiting syndrome. *Arch Dis Child.* 2001; 84(1): 55-57.
16. Fitzpatrick E, Bourke B, Drumm B, Rowland M. Outcome for children with cyclical vomiting syndrome. *Arch Dis Child.* 2007; 92(11): 1001-1004.