



Caso clínico

Cuando lo funcional se torna orgánico

Isabel Sevillano Benito^{a,*}, Sofía Gómez Sánchez^a, Soraya Geijo Uribe^b, Beatriz Mongil López^b, Fernando Uribe Ladrón de Cegama^a y José Manuel Marugán de Miguelsanz^c

^a Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^c Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de septiembre de 2016

Aceptado el 26 de octubre de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Vómitos

Reflujo

Exploraciones complementarias

Funcional

Diagnóstico diferencial

Keywords:

Vomiting

Reflux

Complementary explorations

Functional

Differential diagnosis

R E S U M E N

Los vómitos persistentes en pediatría son frecuentes, fundamentalmente en edades tempranas, no tanto durante la adolescencia. Las causas son variadas, y entre ellas destacan las psicógenas, siendo difícil el diagnóstico diferencial.

Presentamos el caso de un niño de 12 años que ingresa en psiquiatría desde el servicio de pediatría de su hospital de referencia para estudio por cuadro de vómitos persistentes, ante la sospecha de un cuadro psicógeno. Previamente fue valorado por numerosos especialistas en pediatría y psiquiatría de diferentes hospitales, resultando todas las pruebas complementarias negativas.

El paciente empezó a vomitar a los 5 años de forma repetida, precisando múltiples ingresos. En los 3 últimos años presentó una mayor incidencia de los vómitos, con pruebas complementarias normales. En el último mes requirió 4 ingresos seguidos por empeoramiento; en seguimiento en salud mental y tratamiento con aripiprazol y clonazepam sin mejoría.

Tras permanecer ingresado un mes, persistieron epigastralgia y vómitos. No mejoró con el tratamiento psicofarmacológico, conductual, ni respondió al placebo. Ante la intensidad del cuadro, se consultó con el servicio de pediatría, que reiniciaron exploraciones complementarias, objetivándose una grave patología gastroesofágica. El paciente mejoró al iniciar una pauta de tratamiento con omeprazol.

Se trata de un caso de difícil diagnóstico diferencial. Es importante replantearse el diagnóstico ante cuadros con escasa mejoría clínica o ante un empeoramiento. Recordar siempre que al diagnóstico psiquiátrico se suele llegar a través de un diagnóstico de exclusión, una vez descartadas el resto de patologías médicas.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Todos los derechos reservados.

When the functional becomes organic

A B S T R A C T

Persistent vomiting is common in Paediatrics, particularly at early ages, but not so much during adolescence. The causes are varied, with psychogenic causes being the most difficult in the differential diagnosis.

The case is presented of a 12 year-old boy, suspected of a psychogenic disorder, who was admitted to psychiatry for the study of persistent vomiting. He was previously assessed by numerous specialists in paediatrics and psychiatry in different hospitals, with all tests being negative.

The patient began to vomit repeatedly at 5 years old, requiring many hospital admissions. There has been an increased incidence of vomiting past three years, with normal laboratory tests. He was admitted four times in the last month, followed by worsening. He was assessed in Mental Health clinics and was treated with aripiprazole and clonazepam, with no improvement.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: isevillano@saludcastillayleon.es, isasebe@gmail.com (I. Sevillano Benito).

He was hospitalised for a month, with epigastric pain and vomiting persisting during this time. He did not improve with the psychopharmacological or behavioural therapy. The intensity of the symptom has currently increased. Paediatrics was consulted, and they asked for further examinations, in which they discovered a severe gastroesophageal disease. The patient improved when starting a treatment with omeprazole.

This is a case of difficult differential diagnosis. It is important to rethink the diagnosis in patients with little clinical improvement or worsening. Always remember that the psychiatric diagnosis is usually reached through a diagnosis of exclusion, once is discarded other medical conditions are ruled out.

© 2016 Elsevier España,

S.L.U. and Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. All rights reserved.

Introducción

Los vómitos persistentes en la edad pediátrica son frecuentes, fundamentalmente en edades tempranas, no tanto durante la adolescencia. Las causas son variadas, y entre ellas destacan las psicógenas, siendo difícil a veces el diagnóstico diferencial.

El síndrome de vómitos cíclicos (SVC) es un trastorno gastrointestinal funcional caracterizado por episodios estereotipados de vómitos recurrentes, explosivos e inexplicables, separados por intervalos de completa normalidad en los que, tras una adecuada valoración, no se encuentra una causa que los justifique¹. Es un reto para el médico excluir las enfermedades subyacentes, como ocurre en otros trastornos funcionales, pero para ello hay que hacer un estudio exhaustivo de las causas orgánicas (tabla 1).

Caso clínico

Presentamos el caso de un niño de 12 años que ingresa en la unidad de hospitalización de psiquiatría infanto-juvenil, derivado desde el servicio de pediatría de su hospital de referencia para estudio por cuadro de vómitos persistentes que, tras haber estudiado detenidamente (por especialistas en pediatría y psiquiatría de diferentes centros), consideran la posibilidad de un cuadro de origen psicógeno.

Se trata de un niño que reside con su hermana menor, su abuela y tío maternos. La custodia la tiene su madre pero, debido a su problema de alcoholismo, es compartida con la abuela materna, quien ejerce de cuidadora principal, ya que la madre no convive en el domicilio familiar de manera habitual.

Al parecer, desde los 5 años, y estando previamente bien, de repente el paciente empieza a vomitar de forma repetida, precisando múltiples ingresos por este motivo en el servicio de pediatría de su hospital de referencia (uno de los ingresos estuvo acompañado de hipertensión arterial y oligoanuria). En los 3 últimos años ha presentado una mayor incidencia de los vómitos, siendo algunos de contenido hemático o bilioso, pero con pruebas complementarias dentro de la normalidad (hemograma, bioquímica, perfil hormonal completo, endoscopia digestiva alta, ph-metría, tránsito digestivo, RMN abdominal, Holter, ecocardiograma y ecografía abdominal). Durante el último mes ha llegado a necesitar 4 ingresos seguidos por empeoramiento y aumento en la frecuencia de los vómitos. En ocasiones se despierta en mitad de la noche y vomita. Se mostraba apático, irritable y con tendencia a la anhedonia. Durante los últimos días apenas comía, ya que solo toleraba el agua con azúcar y las bebidas isotónicas. El paciente se encuentra en seguimiento en consultas de salud mental infanto-juvenil desde hace aproximadamente un año, y en tratamiento con aripiprazol y clonazepam, sin haberse evidenciado ninguna mejoría.

Antecedentes personales. Embarazo de 40 semanas de duración, la madre fumaba y bebía durante el mismo. Parto eutócico. Apgar 9-10. Somatometría al nacimiento: peso 2.240 g y talla 40 cm.

Tabla 1

Diagnóstico diferencial de vómitos crónicos en el niño mayor

- Gastrointestinal: intolerancia a la lactosa, enfermedad péptica, RGE, pancreatitis, pseudoquiste pancreático, parasitosis, apendicitis recurrente subaguda, seudoobstrucción intestinal crónica idiopática, hernia de Bochdalek
- Sistema nervioso central: tumores cerebrales, tumores troncoencefálicos, hematoma subdural, epilepsia, hidrocefalia... (hipertensión intracraneal)
- Sistema nervioso autónomo: disautonomía abdominal
- Urinario: uropatía obstructiva
- Endocrinología: feocromocitoma, insuficiencia suprarrenal, diabetes mellitus
- Metabólico: déficit de ornitín transcarbamilasa, acidemias orgánicas (glutárica tipo II, propiónica e isovalérica), porfiria
- Miscelánea: disautonomía familiar, Munchausen por poderes, síndrome de vómitos cíclicos, vómitos psicógenos, migraña, embarazo, TCA (bulimia, anorexia nerviosa)

Fenotipo peculiar, frente pequeña, raíz nasal ancha, con labios finos. Fue diagnosticado durante el período neonatal de síndrome alcohólico fetal, precisando un ingreso en neonatos durante la primera semana de vida. Lactancia artificial. Desarrollo psicomotor normal. Buena adaptación a la alimentación complementaria. Intervenido a los 4 años de hidrocele derecho. Inició la escolarización a los 3 años, con escasos rendimientos académicos, repitió 4.º curso de primaria (situación que atribuye a haber estado la mayor parte del tiempo enfermo e ingresado). Actualmente cursa 5.º de primaria, con malos resultados. No presenta alergias medicamentosas ni alimentarias conocidas.

Antecedentes familiares. Es el mayor de 2 hermanos. Sus padres están separados desde el nacimiento de su hermana menor. Madre de 40 años, soltera; es alcohólica y actualmente está en paro. No ha concluido nunca ningún programa de deshabituación. El abuelo materno falleció de una embolia cerebral y la abuela materna, de 68 años, es quien ha hecho el papel de cuidadora principal del paciente. Padre de 44 años, alcohólico; trabaja como mecánico. Ve muy poco a su hijo. La hermana menor del paciente tiene 10 años y presenta una discapacidad del 33% (también afectada de un síndrome alcohólico fetal), presenta déficits cognitivos con malos rendimientos escolares. Tiene buena relación con su hermano.

Exploración física. Peso: 34 kg (Pc 25). Talla: 139,5 cm (Pc 25). IMC: 17,6 (Pc 25-50). PA: 119/80 mmHg. FC: 99 lpm. SatO₂: 100%. T.^a 36,5 °C. Buen estado general. Facies peculiar, raíz nasal ancha, filtrum borrado, labio superior fino, cuello corto. Normocoloreado y normohidratado. Bien perfundido. No presenta exantemas ni petequias. ACP: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. Buena entrada de aire bilateral, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda, no masas ni megalias, no distendido, sin signos de defensa ni irritación peritoneal. Pulsos centrales y periféricos palpables y simétricos. Sin signos de focalidad neurológica, signos meníngeos negativos.

Exploración psicopatológica. Se encuentra abordable y colaborador. Orientado en las 3 esferas. Biotipo peculiar, acorde con el

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5722509>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5722509>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)