

PROTOCOLOS TERAPEUTICOS*

VOMITOS EN EL RECIEN NACIDO

X PASTOR

1. CONCEPTOS GENERALES

El vómito es la expulsión brusca de contenido gástrico por relajación del cardias y contracción sincrónica del estómago y de la prensa abdominal. Por lo tanto el contenido del vómito esta mezclado con jugo gástrico y se encontrará modificado en mayor o menor proporción. De esta manera se descartan los falsos vómitos como son la hipersialorrea (atresia de esófago), la regurgitación (fisiológica) y la rumiación o meristismo.

La anamnesis es como siempre, pieza básica para el diagnóstico pues deberá tener en cuenta una serie de

datos como antecedentes familiares y obstétricos (polihidramnios, malf. cong., etc), intensidad, relación con la ingesta, aspecto organoléptico, repercusión sobre la curva ponderal y el régimen de deposiciones, trastornos asociados, etc. La exploración ofrecerá información sobre el nivel abdominal (abombado o excavado), tensión de la pared, ruidos hidroaéreos, permeabilidad anal, etc.

Entre los exámenes complementarios más útiles para una aproximación etiológica está sin lugar a dudas la radiografía simple de abdomen en posición erecta, de forma que se utiliza el propio aire intestinal como contraste. La distribución de éste (teniendo en cuenta las horas de vida), la presencia y tamaño de niveles, asa fija, neumatos intestinal, etc, ofrecen abundantes pistas. Aparte pueden utilizarse

* Corresponde al Servicio de Neonatología del Departamento de Pediatría (Hospital Clínico. Universidad de Barcelona). (Próxima publicación como monografía).

otros métodos con contraste (tránsito EGD, enema opaco) en indicaciones restringidas. Además se solicitarán aquellas pruebas que sirvan para calibrar el estado metabólico del paciente que puede llegar a alterarse en gran manera (Equilibrio Acido-Base ionograma, etc) y otras que ayuden al diagnóstico etiológico.

2. ETIOLOGIA

Los vómitos neonatales se clasifican en transitorios y persistentes. Estos últimos a su vez se subdividen atendiendo a si la causa es digestiva o extradigestiva. No es de extrañar en absoluto esta última posibilidad, cuya máxima frecuencia se observa en el período neonatal y en el lactante y cuyo motivo se debe a la solidaridad funcional de órganos y sistemas que en el aparato digestivo alcanza su mayor expresión.

a) Transitorios: como su nombre indica no suelen durar más de 3 a 5 días. El diagnóstico se establece por tanto con la evolución. Entre ellos se describen:

a.1.— Incoordinación músculo-nerviosa: retardo en la maduración de la integración del sistema autonómico con la fibra muscular lisa.

a.2.— Ingesta de líquido amniótico (propia de los R.N. por cesárea) o ingesta de secreciones del canal del parto. Suelen solventarse con un lavado gástrico.

a.3.— Acúmulo de restos epiteliales en píloro.

a.4.— Ectasia píloro-duodenal (se ve en prematuros, Sd. de Down, e hijos de toxémica tratadas). Estos dos últimos cuadros clínicos recuerdan la semiología de la estenosis hipertrófica de píloro con la diferencia que son precoces y ceden en los primeros días.

b) Vómitos Digestivos: en estos casos la causa de vómito reside en el tubo digestivo.

b.1.— Malformaciones digestivas: obstrucciones totales o parciales de origen intrínseco o extrínseco a partir del píloro, como la propia estenosis hipertrófica de píloro (EHP), la atresia duodenal, páncreas anular, atresia intestinal, atresia de ano, megacolon agangliónico, etc. Suelen aparecer en el período neonatal precoz. El color del vómito orienta sobre si la obstrucción es preduodenal (vómito blanco) o postduodenal (vómito bilioso). La EHP suele presentar un intervalo libre de 3 semanas y suelen coincidir una serie de características (varón, primogénito, stress?). El vómito suele ser continuo tras todas las tomas, y de no actuar conlleva a graves alteraciones del metabolismo hidrosalino y desnutrición.

b.2.— Otros procesos abdominales pueden producir vómitos por un mecanismo bien obstructivo o bien funcional.

b.2.2.— Procesos con predominio de componente funcional.

— Gastroenteritis (generalmente más tardía y asociada a diarrea).

— Enterocolitis necrotizante (ECN) en su fase de estado (vómitos, rectorragias, distensión abdominal con presencia de asa fija y pneumatosis intestinal).

— Peritonitis, neonatal primaria (generalmente neumocócica en niñas): ileo reflejo por inflamación de la serosa.

b2.3.— Procesos con predominio de componente obstructivo.

— Ileo meconial en mucoviscidosis o prematuridad extrema con imágenes típicas en “burbuja de jabón” de localización ileal.

— Tapón meconial.

— Síndrome de hemicolon izquierdo hipoplásico, entidad rara pero que se ve a veces en ciertas embriofetopatías como los hijos de madre diabética.

— Estenosis adquirida tras un ECN. Existe el antecedente previo y un intervalo libre tras la reintroducción de la alimentación por vía oral.

— Otras obstrucciones adquiridas: válvulas o invaginaciones intestinales alrededor de bridas, restos fetales (divertículo de Meckel).

— Síndrome freno-pilórico: clínica muy similar a la EHP con la diferencia de responder al tratamiento médico con atropineas y otros antiespasmódicos.

b.2.4.— Por fallo del esfínter cardial.

— Hernia de hiatus, con vómitos de contenido lácteo que en ocasiones pueden ser hemáticos por asociación con esofagitis.

b.3.— Causas banales de origen digestivo:

— Transgresión alimentaria o exceso de ingesta.

— Aerofagia, generalmente secundaria a una rinitis con obstrucción nasal.

Ambas situaciones se corrigen con adecuadas medidas de puericultura.

c) Vómitos de causa extradigestiva: tienen una etiología muy diversa cuyo nexo común es el de manifestarse con alteraciones del tránsito digestivo. Suelen verse pasado el período neonatal precoz entre las causas más frecuentes encontramos.

— Edema cerebral (meningitis, hemorragia intracraneal, craneosinosis etc.).

— Infecciones localizadas (otitis, onfalitis, etc.).

— Infecciones generalizadas (piuria, sepsis).

— Trastornos hidroelectrolíticos (hipopotasemia, hipermagnesemia).

— Metabolopatías (galactosemia, leucinosi, tirosinosis, etc.).

— Insuficiencia Cardíaca Congestiva

— Síndrome de abstinencia a drogas (heroína, metadona).

— Síndrome adrenogenital.

— Vómitos hemáticos secundarios a la enfermedad hemorrágica del R.N.

— Vómitos habituales o funcionales, en niños neuropáticos y que se solucionan bien con la fórmula de Marfan.

— Vómitos posturales que desaparecen con cuidados apropiados.

males de puericultura sobre el manejo del recién nacido.

3. TERAPEUTICA

Ante tal variedad etiológica es difícil establecer un protocolo de tratamiento rígido, pero pueden apuntarse unas normas generales.

El régimen de vida depende de la situación del R.N.. En casos de íleo intestinal debe ingresarse el niño en una Unidad Neonatal, dejándolo a dieta absoluta y si precisa, sondaje nasogástrico y aspiración continuada. En otras situaciones si no existe peligro inmediato puede procederse a la observación próxima para ver la evolución. Es útil la posición en decúbito supino y antitrendelemburg, o bien en decú-

bito lateral derecho para facilitar el vaciado gástrico.

La alimentación se adaptará en cada caso. Si hay íleo se precisará de aporte parenteral de líquidos y calorías. En otras situaciones la alimentación debe espesarse (hernia hiatus) o diluirse (recuperación de una ECN) o fraccionarse (hernia de hiatus, Insuficiencia Cardíaca, etc).

El tratamiento etiológico va a depender de la causa. La mayoría de obstrucciones precisan una resolución quirúrgica. Si el vómito es la causa funcional o transitoria puede esperarse extremando las medidas complementarias y aplicando tratamiento médico. Si coexiste patología extrabdominal debe tratarse específicamente.