

Ruminació com a causa de distròfia greu en un lactant

M. Mar García-González, Stephan Schneider, Pilar Villalobos, Alícia Cabacas, Lluís Mayol, Elena Riera

Servei de Pediatria. Hospital Comarcal de Figueres. Girona

RESUM

La ruminació o mericisme és un trastorn de la conducta alimentària que es pot presentar durant tota l'edat pediàtrica, encara que és més habitual durant el primer any de vida i en etapes posteriors en infants amb retard psicomotor, patologia neurològica o psiquiàtrica de base. Pot tenir una greu repercussió nutricional, i fins i tot ocasionar la mort en un percentatge important de casos (fins un 20%) si no es tracta de manera adequada.

Presentem el cas clínic d'un lactant de 7 mesos sense cap tipus de patologia prèvia, que va ingressar al nostre centre per a estudi d'una distròfia greu que era secundària a una conducta mantinguda de ruminació.

Encara que la ruminació és un trastorn de conducta alimentària que es contempla en els tractats pediàtrics clàssics, en la literatura pediàtrica dels darrers anys hi ha escasses publicacions i referències sobre el tema. Presentem el cas per recordar aquesta patologia en el diagnòstic diferencial de la distròfia en l'infant.

Paraules clau: Ruminació. Mericisme. Distròfia.

RUMIACIÓN EN EL LACTANTE

La rumiación o mericismo es un trastorno de la conducta alimentaria que se puede presentar a lo largo de toda la edad pediátrica, aunque es más habitual en el primer año de vida y posteriormente en niños afectados de retraso psicomotor, patología neurológica o psiquiátrica de base. Puede ocasionar una grave afectación nutricional e inclusive la muerte en un porcentaje nada despreciable de casos (20%) si no se trata de forma adecuada.

Presentamos el caso clínico de un lactante de 7 meses, sin ningún tipo de patología previa, que ingresó en nuestro centro para estudio de una distrofia grave que era secundaria a una conducta mantenida de rumiación.

Aunque la rumiación es un trastorno de conducta alimentaria ya contemplada en los tratados pediátricos clásicos,

son escasas las publicaciones y referencias sobre el tema en los últimos años en la literatura pediátrica. Presentamos el caso clínico para recordar esta patología dentro del diagnóstico diferencial de la distrofia en el niño.

Palabras clave: Rumiación. Mericismo. Distrofia.

SEVERE MALNUTRITION IN AN INFANT DUE TO RUMINATION

Rumination or merycism is a disturbance of eating behavior that is more commonly diagnosed during the first year of life, or at older ages in children with developmental delay or with neurologic or psychiatric disorders. Rumination can cause severe malnutrition and even death in up to 20% of the cases if adequate therapy is not instituted early.

A case of a previously healthy seven month-old infant who was admitted to our hospital because of severe malnutrition and that was shown to be secondary to persistent rumination is presented.

Despite the fact that rumination is a well known disturbance of eating behavior, well described in Pediatrics textbooks, scarce references have been published in recent years in the pediatric literature. Rumination should be included in the differential diagnosis of malnutrition in children.

Key words: Rumination. Merycism. Malnutrition.

Introducció

La ruminació o mericisme és un trastorn de la conducta alimentària descrit fonamentalment en infants afectats de retard psicomotor, malalties neurològiques o problemes psiquiàtrics. És molt infreqüent que es presenti en infants sense patologia de base. Es caracteritza per la regurgitació d'aliment des de l'estómac fins a la boca, sense esforç aparent, amb la possibilitat de tornar a ser deglutit o expulsat a l'exterior. No s'acompanya de dolor abdominal ni nàusees.

El diagnòstic de ruminació és clínic i es basa en els criteris de Roma II. Aquesta entitat no sempre es té en compte en el diagnòstic diferencial de vòmits i distròfia en el lactant, la qual cosa fa que el pacient s'hagi de sotmetre a proves complementàries exhaustives, costoses i no exemptes de riscos.

Correspondència:

M. Mar García
Ronda Ferran Aroles, s/n
17600 Figueres
mmargg@telefonica.net

Treball rebut: 27-09-2005. Treball acceptat: 15-12-2005.

García-González MM, Schneider ST, Villalobos P, Cabacas A, Mayol L, Riera E.
Ruminació com a causa de distròfia greu en un lactant.
Pediàtr Catalana 2006; 66: 62-65.

Presentem el cas clínic d'un lactant de 7 mesos prèviament sa, que va presentar una distròfia greu produïda per la conducta mantinguda de ruminació.

Cas clínic

Lactant de 7 mesos d'edat que va ingressar al nostre centre per a estudi de vòmits i pèrdua ponderal important (2 kg) en els darrers 2 mesos.

Correspon a una quarta gestació de pares sans, sense antecedents per destacar. La família residia al nostre país des de feia només 9 mesos, en condicions socials i econòmiques precàries. Els altres tres fills residien al país d'origen. L'embaràs, el part i el període neonatal van ser normals, amb un pes al naixement de 3.280 g. Va seguir l'alletament matern exclusiu fins als 5 mesos, amb un desenvolupament pondeoestatural i psicomotor adequat, sense presentar cap simptomatologia. Coincidint amb l'inici de l'alimentació complementària (puré de fruites i de cereals sense gluten) la família refereix que presenta regurgitacions i vòmits després de les preses, que s'han mantingut de manera continuada els darrers dos mesos i han provocat una pèrdua ponderal de 2 kg. (Fig. 1). No presenta vòmits després de les preses de llet materna. Refereixen també que el nen té una avidesa extrema pel menjar, que no es queda mai saciat i que reclama aliment continuament. Expliquen un canvi de comportament amb apatia, poca ex-

(sedestació estable als 5 mesos). Tenia una expressió trista, sense interès pels estímuls externs i sense mostrar reaccions afectives. No presentava interès ni per agafar ni manipular objectes, i es mostrava apàtic i desmotivats.

Durant l'exploració va iniciar, sense nàusea prèvia ni esforç aparent, moviments continuats de ruminació, amb emissió de contingut gàstric que relliscava per les commissures labials. Preguntant sobre aquella conducta, la mare va referir que presentava aquells moviments de manera persistent després de les preses d'alimentació complementària, mai després de les de llet materna i que eren aquelles regurgitacions les que la família havia catalogat com a vòmits.

Es va fer un diagnòstic de presumpció de ruminació com a causa de la distròfia del nen, i es van practicar proves complementàries per valorar-ne altres de

TAULA I

Proves complementàries

- Analítiques: hemograma, bioquímica, TSH, Ac transglutaminasa i antiendomisi, RAST a proteïnes de llet de vaca, aminoacidèmia i aminoacidúria, àcids orgànics orina: sense alteracions.
- Ecografia abdominal postprandial: reflux gastroesofàgic amb hipomotilitat gàstrica i duodenal.
- Trànsit esofagogastrroduodenal: buidament gàstric alentit.
- Ecografia transfontanel·lar: normal.

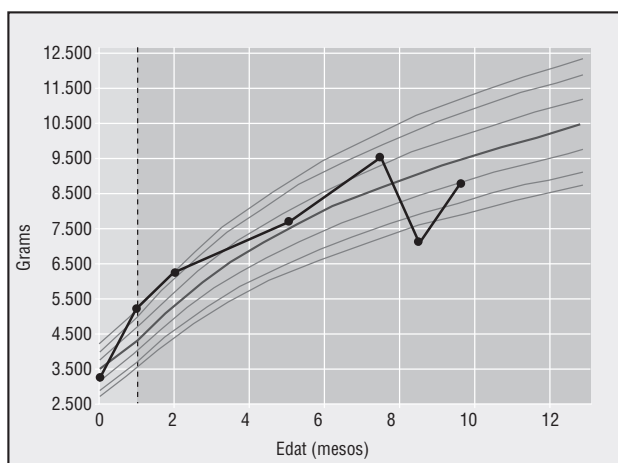


Fig. 1. Evolució de la corba de pes.

pressivitat facial i manca d'interès per l'entorn, i que les interaccions quotidianes es limiten als moments en què la mare l'agafa en braços sense que el nen presenti cap tipus de reacció emocional.

En l'exploració clínica presentava una distròfia greu, amb un pes de 7.120 g (inferior al percentil 3), sense fenotip malabsortiu (Fig. 2). A nivell neurològic destacava una hipotonia global, amb una sedestació inestable que contrastava amb la normalitat prèvia

possibles (Taula I). L'analítica practicada va ser normal. Es va diagnosticar per estudi ecogràfic i trànsit esofagogastric, de reflux gastroesofàgic amb contraccions antiperistàltiques del cos gàstric que afavorien la pujada del contingut gàstric a la boca.

Durant les primeres 48 hores d'ingrés s'evidencià un trastorn de vinculació mare-fill. La mare es mostrava inhibida, poc comunicativa i inexpressiva, tant en la relació amb el personal sanitari com en la relació amb el nen. Adoptava una actitud permissiva de la conducta remugadora del lactant i l'agafava quan aquest iniciava els moviments de ruminació. Amb la sospita de possible trastorn depressiu de la mare, es va remetre al centre de salut mental corresponent, on es va confirmar el diagnòstic.

Es va iniciar tractament farmacològic del pacient amb un procinètic oral i, atesa la sospita diagnòstica de lactant remugador, es va instar la mare perquè no reforçés la conducta del nen i perquè, de manera rotunda i categòrica, li digués «no», cada vegada que el lactant iniciés els moviments de ruminació.

El personal d'infermeria va controlar de manera estreta les interaccions mare-fill, i si els intents de ruminació del nen anaven seguits immediatament de la paraula «no» dita contundentment per la mare. Durant les primeres 24 hores van disminuir els episodis



Fig. 2. Aspecte del lactant abans de l'inici de la simptomatologia, durant l'etapa de ruminació i després de la recuperació clínica.

de ruminació. Al cap d'una setmana havia recuperat 500 g de pes i en el seguiment ambulatori posterior havia engreixat més de 2 kg, a més de recuperar l'interès per l'entorn i un to muscular correcte, amb una maduració neurològica normal (Fig. 2).

Discussió

La ruminació és un trastorn de conducta alimentària conegut com a causa de distròfia en el nen, fonamentalment en els afectats de retard psicomotor o que pateixen algun tipus de privació psicosocial (lactants institucionalitzats, maltractaments, etc.)¹⁻³. Per contra, és inhabitual en lactants que no presenten cap patologia de base.

El diagnòstic de ruminació és clínic i es basa en els criteris de Roma II (Taula II) i en l'exclusió d'altres possibles diagnòstics diferencials.

En el cas presentat es van efectuar diverses proves de laboratori que van ser normals; només va destacar una discreta gastroparèsia i un reflux gastroesofàgic lleu que facilitava la pujada del contingut

gàstric a la boca. La relaxació de l'esfínter esofàgic inferior és una causa habitual de reflux gastroesofàgic a l'edat pediàtrica i pot coexistir amb el trastorn de ruminació, com succeïa en el cas presentat².

Encara que l'etiologia de la ruminació és desconeguda, es plantegen diferents teories psicosocials i d'aprenentatge que intenten explicar l'origen del trastorn⁴. La teoria psicosocial planteja com a causa un ambient social advers en situacions en què l'infant busca una autogratisficació amb la ruminació. Entre aquestes situacions destaquen els trastorns en la interacció mare-fill, un entorn hipoestimulant o una problemàtica social greu (disharmonia familiar, psicopatologia, maltractament, etc.). Les teories basades en l'aprenentatge proposen que les conductes de ruminació s'incrementen pels reforços positius secundaris a les sensacions de plaer generades per la ruminació o per l'augment de l'atenció de les mares que es genera per la conducta del fill. També s'incrementen pel reforç negatiu quan una sensació indesitjable (per exemple l'ansietat) s'evita amb la conducta.

La mare estava afectada d'un quadre depressiu possiblement secundari a la problemàtica sociofamiliar (canvi de país, haver deixat els altres fills al país d'origen, manca de recursos econòmics, aïllament social). Amb el nen mantenien una relació «d'exclusivitat»: el lactant es relacionava únicament amb ella i amb el pare quan arribava a casa i la tristesa de la mare era compartida de manera continuada amb el nen. Cal recordar que després de les preses de pit, no presentava mai episodis de ruminació i que l'inici del quadre va coincidir amb la introducció de l'alimentació complementària. Es podria interpretar el quadre com a secundari a una deficiència afectiva que genera una reacció depressiva amb tendències autoeròtiques destructives.

Es recomanen diferents tècniques de modificació de conducta, com ara la retirada dels reforços positius

TAULA II

Criteris diagnòstics de lactant remugador (criteris de Roma II)

Diagnòstic lactant remugador (criteris de Roma II)³

- Conducta estereotipada de 3 mesos d'evolució consistent en contraccions repetitives de la musculatura abdominal, diafragma i llengua que culmina en la regurgitació del contingut gàstric.
- Inici entre els 3-8 mesos.
- No respon de manera adequada amb tractament amb anti-colinèrgics, canvi de fórmula o alimentació per sondatge.
- No s'acompanya de nàusees ni malestar previ.
- No es manifesta durant el son ni quan el lactant interactua amb l'entorn.

(extinció) o càstigs contingents amb la conducta (per exemple, renyar el nen) quan comenci amb les conductes de ruminació⁵⁻⁷. En el cas presentat, quan es van posar en pràctica aquestes tècniques, la conducta de ruminació va desaparèixer en pocs dies.

Cal destacar la gravetat del quadre clínic presentat, que malgrat que no obeïa a cap problema orgànic ni tenia una base psicossomàtica va comprometre de manera important la salut del nen. Cal recordar la gran importància dels fenòmens de condicionament de la conducta infantil, que s'inicien ja des de l'etapa de lactant, i del risc de greus disruptors conductuals infantils quan es produeixen alteracions de la vinculació mare-fill.

Encara que la ruminació és una entitat ja reportada en els primers tractats pediàtrics, són escasses les publicacions sobre el tema a les revistes pediàtriques dels darrers anys⁸. Hem considerat interessant la publicació d'aquest cas per recordar la importància d'incloure el diagnòstic de ruminació com a possible causa de distròfia greu en l'infant.

Bibliografia

- 1 Fleisher DR. Infant rumination syndrome: report of a case and review of the literature. *Am J Dis Child* 1979; 33: 266-269.
- 2 Chial H, Camilleri M, Williams D. Rumination syndrome in children and adolescents, treatment and prognosis. *Pediatrics* 2003; 111: 158-162.
- 3 Hussain SZ, DiLorenzo C. Diagnosis and treatment for the pediatric patient. *Pediatr Clin North Am* 2002; 49: 27-51.
- 4 Tarpy R. Aprendizaje: teoría e investigación contemporáneas. Editorial McGraw-Hill, 2000.
- 5 Vallejo MA. Manual de terapia de conducta. Editorial Dykinson-psicología, 1998.
- 6 Wagaman JR, Williams DE, Camilleri M. Behavioral intervention for the treatment of rumination. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998; 27: 596-598.
- 7 Madison LS, Adubato SA. The elimination of ruminative vomiting in a 15-month-old child with gastroesophageal reflux. *J Pediatr Psychol* 1984; 9: 231-239.