

Desafío diagnóstico en un paciente adolescente con náuseas y vómitos crónicos

Diagnostic challenge in an adolescent patient with chronic nausea and vomiting

Lorena Revilla Cruz^{1*} <https://orcid.org/0009-0003-8081-2614>

María Fernanda López Jurado¹ <https://orcid.org/0000-0002-5280-1577>

Verónica Alexandra Idrovo Alvarado¹ <https://orcid.org/0000-0002-0084-1657>

Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, Guayaquil, Ecuador.

*Autor para la correspondencia: lorenarevillacruz@yahoo.es

RESUMEN

El vómito constituye un motivo frecuente de consulta en pediatría y representa la manifestación final de múltiples alteraciones extraintestinales y gastrointestinales. Se realizó la presentación de caso de un paciente masculino de 14 años, con dolor abdominal recurrente asociado a náuseas desde los 12 años, que fue diagnosticado de gastritis y colitis, tratado de forma ambulatoria con protector gástrico, antiemético y procinético sin mejoría. Con antecedente familiar de relevancia: padre con acalasia. Acudió al servicio de emergencia por dolor abdominal tipo punzante en mesogastrio, náuseas, vómitos e hiporexia, a la exploración física se evidenció caquexia, con pérdida ponderal de 31,7 kg en dos años (56 kg a 24,3 kg). Los estudios de laboratorio revelaron anemia (hemoglobina: 10 g/dl y hematocrito: 29,4 %) e hipokalemia leve. Se realizaron diferentes exámenes como glóbulos blancos 4000, hemoglobina 10 g/dl, hematocrito 29,4 %, función hepática conservada, hipokalemia leve, coagulograma normal, reactantes de fase aguda y estudios infecciosos negativos. videoendoscopia digestiva alta: úlcera antral forrest ii c; biopsia: gastritis y duodenitis eosinofílica. Colonoscopia: colon descendente:



mucosa con discreto eritema. Tránsito esofagogastroduodenal: edema entre asas y cambios de gastro-ileitis. Angiotac de abdomen: ángulo aorto-mesentérico de 8° compatible con pinzamiento mesentérico. Dado que en dichos estudios no se evidenciaron lesiones que justificaran cuadro clínico, se consideró probable participación de factores psicológicos, por lo cual fue valorado por psiquiatría, quienes no contaron con datos suficientes para establecer un diagnóstico, pero iniciaron tratamiento con antipsicóticos a bajas dosis. Al persistir síntomas, se realizó rastreo ecográfico de píloro que notificó longitud del canal pilórico 34 milímetros y grosor de la mucosa 3 milímetros. Se concluyó hipertrofia pilórica. Se realizó manometría que evidenció hipertonía pilórica y se realizó piloroplastia. Luego se realizó tránsito esofagogastroduodenal que no notificó anomalías. En ese momento persistió sintomatología, continúa en estudios y porta sonda nasoyeyunal. El presente caso tiene como objetivo describir el tratamiento diagnóstico y la evolución clínica de un adolescente con sintomatología gastrointestinal crónica de etiología no esclarecida.

Palabras clave: vómitos; náusea; adolescente; dolor abdominal.

ABSTRACT

Vomiting is a common reason for pediatric consultations and represents the final manifestation of various extra-intestinal and gastrointestinal disorders. We present the case of a 14-year-old male with a history of recurrent abdominal pain and nausea since age 12; he had been diagnosed with gastritis and colitis and treated on an outpatient basis with gastric protectants, antiemetics, and prokinetics, but showed no improvement. Relevant family history included a father with achalasia. He presented to the emergency department with stabbing mesogastric pain, nausea, vomiting, and hyporexia; physical examination revealed cachexia, with a weight loss of 31.7 kg over two years (from 56 kg to 24.3 kg). Laboratory tests revealed anemia (hemoglobin: 10 g/dL; hematocrit: 29.4%) and mild hypokalemia. Findings included a white blood cell count of 4,000, hemoglobin of 10 g/dL, hematocrit of 29.4%, preserved liver function, mild hypokalemia, a normal coagulogram, and negative results for acute-phase reactants and infectious disease markers. Upper gastrointestinal endoscopy showed a Forrest IIc antral ulcer; biopsy revealed eosinophilic gastritis and duodenitis. Colonoscopy showed mild



mucosal erythema in the descending colon. An esophagogastroduodenal series revealed inter-loop edema and changes consistent with gastro-ileitis. Abdominal CT angiography showed an aortomesenteric angle of 8°, compatible with mesenteric compression. As these studies revealed no lesions that could account for the clinical presentation, psychological factors were suspected; the patient was evaluated by psychiatry, and although there was insufficient data to establish a definitive diagnosis, low-dose antipsychotic treatment was initiated. As symptoms persisted, an ultrasound scan of the pylorus was performed, revealing a pyloric canal length of 34 mm and a mucosal thickness of 3 mm; a diagnosis of pyloric hypertrophy was made. Manometry showed pyloric hypertonia, and a pyloroplasty was performed. A subsequent esophagogastroduodenal series showed no abnormalities. Symptoms persisted, however; the patient remains under evaluation and is currently managed with a nasojejun tube. This case report aims to describe the diagnostic management and clinical course of an adolescent with chronic gastrointestinal symptoms of undetermined etiology.

Keywords: vomiting; nausea; adolescent; abdominal pain.

Recibido: 17/08/2026

Aprobado: 23/09/2026

Introducción

El vómito constituye un motivo frecuente de consulta en pediatría y representa la manifestación final de múltiples alteraciones extraintestinales y gastrointestinales. Cuando se presenta de forma recurrente o persistente, en especial si se acompaña de dolor abdominal, hiporexia, pérdida ponderal o deterioro del estado nutricional, requiere una evaluación sistemática orientada a identificar signos de alarma y



descartar enfermedades muy graves.⁽¹⁾ Su diagnóstico diferencial incluye causas obstructivas, inflamatorias, infecciosas, metabólicas, endocrinas, neurológicas, tóxicas, farmacológicas y funcionales.⁽²⁾

El tratamiento de los vómitos persistentes en adolescentes representa un desafío clínico debido a la amplitud de sus posibles etiologías y a la frecuente superposición de manifestaciones orgánicas y psicológicas. Aunque los trastornos funcionales, las alteraciones de la conducta alimentaria y las enfermedades psiquiátricas forman parte del diagnóstico diferencial en este grupo etario, su consideración no excluye la necesidad de investigar causas orgánicas, en particular cuando existen pérdida significativa de peso, desnutrición, anemia, alteraciones electrolíticas o falta de respuesta al tratamiento inicial.⁽³⁾

La relevancia del presente caso radica en la evolución prolongada de los vómitos y el dolor abdominal en un adolescente, asociados con deterioro nutricional grave y persistencia de los síntomas a pesar de una evaluación multidisciplinaria, numerosos estudios complementarios y diferentes intervenciones terapéuticas, sin que hasta el momento se establezca una etiología definitiva que explique el cuadro. El objetivo de este artículo es describir el tratamiento diagnóstico y la evolución clínica de un adolescente con sintomatología gastrointestinal crónica de etiología no esclarecida.

Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente masculino de 14 años, con color de la piel mestiza, nace por parto vaginal a las 38 semanas de gestación sin complicaciones, vacunas completas para la edad con antecedentes de dolor abdominal y vómitos de 2 años de evolución, caracterizado por dolor abdominal recurrente asociado a náuseas, vómitos e hiporexia.

Acude por cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal crónico, en la actualidad exacerbado, asociado a náuseas y vómitos postprandiales inmediatos, hiporexia y pérdida ponderal importante (56,0 %), desnutrición grave (P/E-5.24z T/E-2.33z IMC-7.42z). El dolor fue de inicio gradual e insidioso, localizado inicialmente en epigastrio y posteriormente en mesogastrio, de carácter punzante,



intensidad moderada a severa (7/10 en la escala visual analógica), sin irradiación. Al inicio se presentaba entre una y dos veces por semana y progresó hasta hacerse diario durante los últimos 6 meses. Al examen físico se observó pálido y caquéctico con un riesgo significativo de su estado nutricional. Cuenta con estudios de VEDA previos con última notificación de gastritis eosinofílica, ausencia de *H. pylori* y metaplasia intestinal, tratado de forma ambulatoria con protector gástrico, antiemético y procinético sin mejoría de sus síntomas, la madre refiere que presenta estreñimiento de larga data y realiza deposiciones con sangre.

Antecedentes patológicos personales y familiares

Nació por parto vaginal a las 38 semanas de gestación, sin complicaciones perinatales y tenía vacunación completa para la edad. A los 12 años, en el contexto de dolor abdominal recurrente y los vómitos, se realizaron estudios endoscópicos digestivos y se establecieron los diagnósticos de gastritis y colitis. Recibió tratamiento ambulatorio con protector gástrico, antiemético y procinético, sin mejoría clínica. Presentaba además estreñimiento de larga evolución. Como antecedente familiar de relevancia, el padre tenía diagnóstico de acalasia. Sin otros antecedentes personales ni familiares de relevancia.

Examen físico

Al examen físico se observó pálido y caquéctico, con compromiso significativo del estado nutricional. Presentó mucosas hipocoloreadas, piel seca con disminución de la turgencia y elasticidad, tejido celular subcutáneo notablemente disminuido con pérdida del panículo adiposo, cabello seco, quebradizo y con pérdida de brillo, y uñas frágiles con estrías longitudinales. El abdomen fue blando, depresible y doloroso a la palpación profunda en mesogastrio, sin visceromegalias.

Exámenes complementarios

- Laboratorio: Glóbulos blancos 4000/mm³, hemoglobina 10 g/dl, hematocrito 29,4 %, función hepática conservada, hipokalemia leve, coagulograma normal, reactantes de fase aguda negativos, estudios infecciosos negativos (VIH, tuberculosis, KPC en cultivo de heces).
- Frotis de sangre periférica: morfología eritrocitaria con algunos acantocitos, en serie blanca no citopenias ni trombocitopenia. Serie roja acantocitos ++, serie



blanca con leucocitos de 7.500, neutrófilos 30%, linfocitos 48%, linfocitos activados 2%, linfocitos atípicos 1%, eosinófilos 1%, plaquetas 200.000.

- Videoendoscopia digestiva alta: Úlcera antral Forrest II C; biopsia: gastritis y duodenitis eosinofílica.
- Colonoscopia: Colon descendente con discreto eritema.
- Tránsito esofagoduodenal: Edema entre asas y cambios de gastro-ileitis. En un segundo estudio se mostró sin alteraciones (fig. 1).
- Angiotac de abdomen: Ángulo aortomesentérico de 8°, compatible con pinzamiento mesentérico.
- Rastreo ecográfico de píloro: Longitud del canal pilórico 34 mm, grosor de la mucosa 3 mm.
- Manometría: Hipertonía pilórica.
- PHmetría esofágica: negativo para enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Tomografía de cráneo simple y contrastada: Sin anomalías.
- Pruebas alérgicas: Negativas para huevo, gluten y trigo.



Fig.1. Radiografía de tránsito esofagoduodenal con contraste hidrosoluble sin alteraciones

Conducta terapéutica y evolución

Debido a inadecuada tolerancia oral se colocó sonda nasogástrica; dado que continuó con eventos eméticos posterior a alimentación a través de la misma, se decidió colocar vía venosa central para nutrición parenteral con aminoácidos, inhibidor de la bomba de protones, antiemético y citoprotector. Se realizó videoendoscopia y colonoscopia sin hallazgos que justificaran su clínica; luego tuvo vómitos en proyectil, por lo cual se solicitó tomografía de cráneo simple y contrastada y no informó anomalías.

Tras descartarse causas infecciosas (VIH, tuberculosis, KPC en cultivo de heces) y alérgicas (huevo, gluten y trigo), ante la falta de respuesta a tratamiento farmacológico y parenteral, fue tratado por Psiquiatría bajo la sospecha de trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID) versus fobia alimentaria, trastorno somatoforme complicado con trastorno por dolor, versus trastorno de ideas delirantes somáticas; desde esas posibilidades se consideró que el paciente pudiera beneficiarse del uso de antipsicóticos a bajas dosis. Terapia que inició sin observarse mejoría.

A continuación, el paciente fue llevado a cirugía para ser intervenido con una laparoscopia diagnóstica + conversión a cirugía abierta de piloroplastia Heineke-Mikulicz y colocación de sonda nasoyeyunal debido al hallazgo de hipertonía pilórica (por manometría) e hipertrofia pilórica por rastreo ecográfico (longitud del canal pilórico 34 mm, grosor de la mucosa 3 mm) y persistencia de sintomatología. Sin embargo, llamó la atención mucosa pilórica redundante y se descartó hipertrofia pilórica en el acto quirúrgico.

Días después, el paciente se retiró la sonda y decidió no ingerir alimento alguno. Se solicitó la intervención del servicio de Psiquiatría que propuso una gastrostomía percutánea, la cual fue rechazada por el paciente y decidió aceptar la colocación de una segunda sonda nasoyeyunal y terapia con Olanzapina por las noches y Fluoxetina en las mañanas, con buena adherencia al tratamiento.

Se colocó segunda sonda nasoyeyunal tras fluoroscopia e inició alimentación con líquidos claros por gastroclisis; tras adecuada tolerancia se progresó a fórmula nutricional enteral semielemental y completa. En la actualidad el paciente es



portador de sonda nasoyeyunal, se alimenta a través de esta; sin embargo, presenta episodios de emesis esporádicos, por lo cual continúa en estudios.

Discusión

Las náuseas y los vómitos crónicos en adolescentes constituyen un reto diagnóstico, aún más cuando se acompañan de pérdida ponderal grave y los estudios iniciales no identifican una etiología única. En este caso, la evolución de dos años, los vómitos postprandiales inmediatos y la pérdida del 56,0 % del peso corporal obligan a priorizar causas orgánicas, en especial obstructivas y trastornos de motilidad, antes de atribuir el cuadro a un trastorno de la interacción intestino-cerebro o de la conducta alimentaria. Este enfoque coincide con el consenso UEG/ESNM, que recomienda excluir en sus inicios causas estructurales, metabólicas y tóxicas, para más tarde investigar alteraciones de la motilidad y trastornos de la interacción intestino-cerebro.⁽³⁾

Uno de los hallazgos sustanciales es la sospecha inicial de hipertrofia pilórica, sin embargo, la edad discrepa a la informada en diversos estudios. La hipertrofia pilórica se reconoce como una enfermedad de la primera infancia. En una revisión sistemática y metaanálisis que incluye 43 estudios y 6.085 lactantes se concluyó que la edad media de los pacientes con estenosis hipertrófica del píloro se sitúa entre 34 y 46 días de vida.⁽⁴⁾ En el ámbito internacional, se informó un caso semejante al descrito, de una adolescente de 12 años y 8 meses con dolor abdominal y vómitos recurrentes, engrosamiento pilórico, subestenosis endoscópica y retraso del vaciamiento gástrico que tras piloroplastia de Heineke-Mikulicz presentó resolución de los síntomas.⁽⁵⁾ Si bien el caso presentado coincide en los vómitos y la alteración ecográfica pilórica, discrepa porque la exploración quirúrgica descarta hipertrofia muscular y demuestra mucosa pilórica redundante, mientras la manometría evidencia hipertonía pilórica y el tránsito esofagogastroduodenal permanece normal.

El ángulo aortomesentérico de 8° constituye otro hallazgo relevante, cabe destacar, que el síndrome de la arteria mesentérica superior se asocia con dolor postprandial, náuseas, vómitos y pérdida ponderal, y su desarrollo puede



relacionarse con disminución del tejido adiposo situado entre la aorta y la arteria mesentérica superior.⁽⁶⁾ El paciente guarda relación con un caso descrito por Gharti et al. de un niño de 11 años con dolor abdominal, vómitos y pérdida de peso, en quien la tomografía demuestra un ángulo de 17°, una distancia aortomesentérica de 7 mm y compresión de la tercera porción duodenal, cuya sintomatología mejora con descompresión y soporte nutricional.⁽⁷⁾ El presente caso comparte las manifestaciones clínicas y presenta un ángulo aún menor, sin embargo el tránsito normal y la ausencia de una obstrucción duodenal demostrada introducen una discrepancia importante. Además, la pérdida ponderal extrema puede favorecer la reducción del espacio aortomesentérico, por lo que no es posible establecer si este hallazgo constituye la causa primaria de los vómitos o una consecuencia del deterioro nutricional.

La acalasia como antecedente paterno también obliga a considerar trastornos de motilidad esofágica. En el ámbito nacional, Astudillo Silva et al. presentan una serie ecuatoriana de cuatro adolescentes con acalasia; todos manifiestan disfagia progresiva y manometría compatible con acalasia tipo II.⁽⁸⁾ En la actualidad el paciente no presenta disfagia documentada ni alteraciones del tránsito compatibles, por lo que en nuestros días la acalasia no sustenta la sintomatología.

Las patologías psiquiátricas pueden ocasionar pérdida ponderal y compromiso nutricional importante y puede coexistir con comorbilidades médicas, por lo que su diagnóstico requiere una evaluación integral y no debe establecerse solo ante la ausencia de una lesión estructural concluyente.⁽⁹⁾ Por tal motivo se consideró las notificaciones de psicología y psiquiatría no se debe afirmar como causa un motivo psicológico.

La novedad científica del caso radica en la presentación de un adolescente con vómitos crónicos, desnutrición extrema y hallazgos pilóricos y vasculares muy relevantes, pero discordantes entre sí y sin una etiología única demostrada pese a una evaluación multidisciplinaria extensa.

Los vómitos crónicos asociados con pérdida ponderal grave en adolescentes requieren un tratamiento escalonado y multidisciplinario, con correlación estricta entre manifestaciones clínicas, hallazgos anatómicos y pruebas funcionales. Los hallazgos aislados no establecen causalidad por sí mismos, su interpretación conjunta permite evitar diagnósticos prematuros y orientar de manera razonable



la investigación de causas obstructivas, de motilidad, vasculares y relacionadas con la conducta alimentaria.

Referencias bibliográficas

1. Sadler , Sanghavi R. Pediatric Nausea a Review of Current Management. Curr Treat Options Peds. 2022 [citado 10/03/2026]; 8: 354–68 Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40746-022-00254-x>
2. Lee S, Lee CH, Liu A, Bhurawala H. A child with recurrent vomiting. Australian journal of general practice. 2023 [citado 10/03/2026]; 52(11): 796–800. Disponible en: <https://www1.racgp.org.au/getattachment/90c87cf3-cc9d-47c7-9c5d-762e9691b6b8/A-child-with-recurrent-vomiting.asp>
3. Malagelada C, Keller J, Sifrim D, Serra J, Tack J , Mulak A, et al. European Guideline on Chronic Nausea and Vomiting-A UEG and ESNM Consensus for Clinical Management. United European gastroenterology journal. 2025 [citado 10/03/2026];13(3):427–71. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ueg2.12711>
4. Van den Bunder FA, Derikx JP, Kiblawi R, van Rijn RR, Dingemann J. . Diagnostic accuracy of palpation and ultrasonography for diagnosing infantile hypertrophic pyloric stenosis: a systematic review and meta-analysis. Br J Radiol. 2022 [citado 10/03/2026];95(1139):20211251. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9793478/pdf/bjr.20211251.pdf>
5. Gatti S, Piloni F, Bindi E, Cruccetti A, Catassi C, Cobellis G. Hypertrophic Pyloric Stenosis in an Adolescent Girl: An Atypical Presentation of an Unexpected Disease. Diseases. 2023 [citado 10/03/2026];11(1):19. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9944443/pdf/diseases-11-00019.pdf>
6. Oka A, Awoniyi M, Hasegawa N, Yoshida Y, Tobita H, Ishimura N, et al. Superior mesenteric artery syndrome: Diagnosis and management. World J Clin Cases. 2023[citado 10/03/2026] ;11(15):3369-84. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10294176/pdf/WJCC-11-3369.pdf>



7. Gharti SB, Shrestha N, Thapa KS, et al. Superior Mesenteric Artery Syndrome in an 11-Year-Old Boy: A Case Report. Clin Med Insights Case Rep. 2024[citado 10/03/2026];17:11795476241257036. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11119349/pdf/10.1177_11795476241257036.pdf
8. Astudillo Silva C, Vascónez Muñoz F, Astudillo Neira P. Tratamiento quirúrgico de la acalasia en adolescentes. Revisión de serie de casos. Revista Ecuatoriana de Pediatría. 2025 [citado 10/03/2026]; 26(3): 69–75. Disponible en: <https://rev-sep.ec/index.php/johs/article/view/342/396>
9. Menzel JE, Perry TR. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Review and Recent Advances. Focus (Am Psychiatr Publ). 2024 [citado 10/03/2026];22(3):288-300. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.focus.20240008>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto.

Contribución de los autores

Lorena Revilla Cruz: conceptualización, investigación, procesamiento estadístico, interpretación de resultados, redacción. (40 %)

María Fernanda López Jurado: análisis formal, redacción borrador original. (40 %)

Verónica Alexandra Idrovo Alvarado: análisis formal, redacción borrador original. (40 %)

Revisores: Dr. C. Ventura Puente Saní

Dr. C. Maritza Peña Sisto

Dr. C. Oscar Rodríguez Reyes

Corrector: MSc. Delaine Núñez Carbonell



