

Rumiación: Un trastorno sicosomático poco frecuente

Reporte de dos casos

Por los Dres.:

MANUEL AMADOR(*), RENÉ VEGA VEGA(**), ROBERTO RAZÓN(***)
MIRREYA CID(****), CARLOS MARCOLLES(*****) Y GEORGINA FARIÑAS(*****)

Con la colaboración de las Comps.:

EVA OLIVA y MERCEDES DE LA MONEDA(*****)

INTRODUCCION

La rumiación o mericismo es un síndrome de poca frecuente observación actual,^{1,2} que se caracteriza por la regurgitación de los alimentos generalmente después de media hora de ingeridos³ con remasticación del producto de esta regurgitación y redeglución posterior de parte del mismo,^{4,5} proceso que se repite múltiples veces en el día después de cada toma de alimento.

Aparece después del tercer mes de la vida¹ y más frecuentemente entre los 6 y 12 meses.^{7,8} En su patogenia intervienen factores síquicos relacionados fundamentalmente con la falta de grati-

ficación hacia el niño por parte de los que están a su cuidado, los cuales constituyen, hasta el segundo año de vida el estrecho mundo en que desenvuelve el pequeño sus actividades, y prueba de ello es que esta afección no se ve más allá de los 2 años, momento en que el niño comienza a hallar en el medio exterior el afecto que le falta en el medio familiar.

Fuera de los trabajos de Kanner⁶ y Lourie,⁹ publicados hace ya algunos años, a este síndrome se le ha prestado poca atención, sobre todo últimamente, y es por eso que el hallazgo en un corto intervalo de 2 casos en nuestro Servicio de Sepsis Enteral, nos ha servido de estímulo para hacer este reporte.

RESUMEN DE LOS CASOS

CASO No. 1:

J.L.G. HC: 200961.

Edad: 8 meses. Sexo: masculino. Raza: blanca.

Procedente de la Finca San Miguel, Cabañas, Pinar del Río. Ingreso: 10-X-66. Egreso: 28-XII-66.

(*) Especialista de Primer Grado en Pediatría; Instructor Graduado de la Escuela de Medicina, Hospital Infantil Docente "William Soler", Altahabana, La Habana, Cuba.

(**) Jefe del Dpto. de Siquiatría del Hospital Infantil Docente "William Soler", Altahabana, La Habana, Cuba.

(***) Residentes de Primer Año de Pediatría, Hospital Infantil Docente "William Soler", Altahabana, La Habana, Cuba.

(****) Interno, actualmente en el Hospital Escuela "Gral. Calixto García", Ave. Universidad, La Habana, Cuba.

(*****) Psicóloga del Dpto. de Siquiatría del Hospital Infantil Docente "William Soler", Altahabana, La Habana, Cuba.

(*****): Trabajadoras Sociales del Hospital Infantil Docente "William Soler".

Motivo de ingreso: Vómitos y diarreas.

Enfermedad actual: Dos semanas antes de su ingreso, comenzó a presentar vómitos, y unos diez días después, diarreas. Los "vómitos" eran, según la madre, muy frecuentes, y se presentaban unos 15 a 20 minutos después de ingerir alimentos. Las diarreas eran líquidas, amarillentas o verdosas. No presentaba fiebre.

Antecedentes patológicos personales: A los pocos días de nacido tuvo vómitos. No aumentaba de peso mientras le daba el pecho, por lo que a los 4 meses le empezó a dar leche de vaca. Diarreas en ocasiones. Ha expulsado un *Ascaris* un mes atrás pero no le puso tratamiento.

Antecedentes familiares: Once embarazos anteriores. Diez partos. Un aborto espontáneo. Bisabuelo materno asmático. No consanguinidad.

Prenatales, natales y postnatales: Embarazo: Anemia; partos: institucional, algo demorado. Llanto al nacer. No oxigenoterapia, no ictero. Peso al nacer: 8 lb. 12 onzas.

Desarrollo sicomotor: Control de la cabeza: 3 meses. Control del tronco: 6 meses. Se para con apoyo desde los 7 meses. No camina.

Inmunizaciones: BCG al nacer. Antipolio Sabin a los 4 meses.

Alimentación: Lactancia materna suplementada con Pelargón hasta los 4 meses. Actualmente, leche de vaca, puré y compotas. No carne ni huevo.

Examen físico al ingreso: Lactante de 8 meses de edad, que luce crónicamente enfermo. Facies de deshidratación, mirada torva, no se sonríe, irritable. Palidez cutáneomucosa. Panículo adiposo disminuido. Malnutrición de II grado

(70%). Signos de deshidratación ligera. Pliegue cutáneo de +, ojos algo hundidos.

Temperatura: 36° Peso: 14 lb. Talla: 71 cm. CC: 45 cm. Ct: 42 cm. Cráneo: n/s. Cuello: n/s. Tórax y abdomen: panículo adiposo disminuido. Extremidades: idem.

Respiratorio y circulatorio: Negativos.

Digestivo: Boca, Form. dent. $\frac{0}{0}$ No visceromegalia.

Hemolinfopoyético y nervioso: Negativos.

DISCUSIÓN: Al ingreso, el enfermo se catalogó, con la historia referida del Cuerpo de Guardia, como una enfermedad diarreica aguda infecciosa injertada en un malnutrido parasitado y anémico, que lo llevó a una deshidratación mixta ligera.

EVOLUCIÓN: La diarrea cedió rápidamente, y ya al tercer día las deposiciones eran normales, pero sin embargo al día siguiente al ingreso encontramos reportados 7 "vómitos", y al tercero, 10. Este hecho llamativo y poco usual en la evolución de una enfermedad diarreica aguda, nos hizo valorar la posibilidad de un proceso suboclusivo mecánico, complicación de su diarrea o del parasitismo referido, ya que éste no había sido tratado, pero sin embargo llamaba la atención la mejoría del estado general del paciente y la ausencia de otros elementos integrantes del síndrome oclusivo. Era de interés ver como los supuestos vómitos no se presentaban durante el pase de visita, mientras estaban en el cubículo los alumnos y residentes de la sala, y esto nos llevó a interesarnos en presenciarlos, pudiendo apreciar así que realmente se trataba de regurgitaciones que el niño iniciaba introduciéndose la mano en la boca, continuando espontáneamente

después. Una vez el alimento regurgitado en la boca, el niño, con evidente satisfacción, y ensimismado en sus maniobras, ajeno al mundo circundante, comenzaba a realizar movimientos laterales de sus mandíbulas y a deglutir de nuevo el alimento, no sin expulsar parte del mismo al exterior a través de las comisuras labiales.

Con estos detalles, el diagnóstico de rumiación era indudable. Procedimos a interrogar a la madre concienzudamente insistiendo en que nos relatará sus observaciones en relación a los "vómitos", refiriéndose ésta que desde hacía 2 semanas el niño vomitaba lo que ingería aunque no le notaba náuseas sino únicamente cuando el propio niño se introducía los dedos en la boca para iniciar el proceso. Notaba además al niño intranquilo, "distinto", poco afectivo, durmiendo mal los días que rumiaba mucho.

Solicitamos entonces el concurso del Departamento de Siquiatría con el fin de orientar el tratamiento desde este punto de vista, sin dejar de realizar, mientras tanto, investigaciones encaminadas a descartar las posibilidades de sustratum orgánico del proceso. Por indicación del Dr. Vega Vega brindamos al niño los elementos capaces de suplir la necesidad de afecto, satisfacción y gratificación, base etiopatogénica de este síndrome.

Al comprobar que los alimentos sólidos eran regurgitados con mayor dificultad, espesamos la leche de vaca con cereales.

No se realizó ningún tipo de restricción.

El tratamiento comenzó a mostrar sus resultados a partir del noveno día. La atención especial al niño consistió en:

Prestarle cuidados extraordinarios. El personal auxiliar lo cargaba, paseaba,

jugaba con él. Inicialmente, el niño mantenía una actitud casi autística, respondiendo muy poco a estos extremos, pero poco a poco fue estableciendo lazos de afecto con el personal de la Sala y de Siquiatría, y paralelamente, las regurgitaciones fueron espaciándose, desapareciendo el 17º día.

En los intervalos en que era imposible estar junto al niño, se le daba un chupete, con la finalidad de que el pequeño sustituyera con la succión del mismo, la del alimento regurgitado, y así sustituyera el vehículo de autogratificación.

El día 23º de hospitalización perdió el chupete y al siguiente tuvo una regurgitación, pero no le restituimos el mismo, no volviendo ya a rumiar, pues ya el niño era capaz de obtener la gratificación y el afecto deseado del medio exterior, siendo el chupete innecesario.

El niño comenzó a jugar con los juguetes que se le ofrecían, y comenzó a articular palabras que dirigía al personal que lo cuidaba.

El día 40º notamos que el niño se comía pedazo a pedazo la espuma de goma del colchón de su cuna. Esto cesó días más tarde.

A partir de ese instante, el niño comenzó a ganar en peso rápidamente y ya no fue necesario espesarle la leche. Se completó la ablactación, introduciéndose yema de huevo y carnes.

Fue dado de alta a los 79 días, curado.

En el curso de su estadia, por presentar secreción nasal con obstrucción y febrícula, se le realizó RX de senos perinasales comprobándose la existencia de una sinusitis maxilar y etmoidal, que fue tratada y curada con Eritromicina y aerosoles.

Al alta, con 11 meses de edad, pesaba ya 18 lb 10 oz. y medía 73 cm.

Al mes siguiente reingresó por sarampión, el cual siguió una evolución banal, siendo dado de alta pesando 21 libras.

Investigaciones complementarias:

Hemograma (al ingreso)

Hb: 10.0 gm%

Hc: 35%

Eritrosedimentación: 25 mm. 1ra. hora.

Leucocitos: 13,000

Diferencial: Poli: 36%; Linfo: 62%; Mono: 2%.

Orina: Negativo *Urocultivo:* Negativo.

H. fecales: Negativo. *Coprocultivo:* Negativo (*Klebsiella*, *E. coli*).

Pruebas funcionales hepáticas: Negativo.

Electroforesis de Proteínas:

Alb:	3.90 gm	.....	65%
α_1 :	0.20 gm	.....	3.30%
α_2 :	0.55 gm	.....	9.20%
β :	0.55 gm	.....	9.20%
γ :	0.80 gm	.....	13.20%

Electroencefalograma: Normal.

Exámenes radiológicos:

Tórax: Negativo.

Senos: Sinusitis maxilar y etmoidal.

Cráneo: Normal.

Esófago: Normal.

Estómago y duodeno: Normal.

Tránsito intestinal: Normal.

Test de Maduración de Gesell:

Edad cronológica	.....	42 semanas
Conducta motriz	.....	40 semanas
Conducta adaptativa	...	43 semanas

Lenguaje 28 semanas

Personal social 36 semanas

CONCLUSIONES: Retraso discreto en el área del lenguaje. Las restantes áreas del desarrollo se encuentran dentro de límites normales.

Resumen de los datos más importantes recogidos en la entrevista a la madre:

El niño vive en una vivienda rural, de tablas y guano, de pequeño tamaño, junto con sus padres y 9 hermanos. Tiene además un medio hermano (por vía materna) que no convive con el menor.

La pareja lleva 15 años de casados y se llevan bien. Tienen una situación económica difícil.

Padre: Tiene 35 años de edad. Trabaja en el campo. Padece de los nervios. Se altera fácilmente por cualquier causa. Su carácter es muy variable y su forma explosiva disgusta a la madre. Se siente agobiado por las dificultades económicas, pero las afronta.

Madre: Tiene 34 años de edad. Trabaja en su casa. El esposo le pelea por malcriar a sus hijos. Se siente agobiada por el gran número de hijos y no desea tener ninguno más, pidiendo se le viabilice la forma de hacerse una ligadura.

Durante el embarazo de nuestro paciente, tenía dudas de estar embarazada, porque tuvo menstruación hasta los 6 meses.

Desearía no tener más hijos para poder trabajar y ayudar así a la economía familiar.

Hermanos: Son diez en total. Sólo el mayor saludable. Los restantes, que conviven con nuestro paciente tienen parásitos y padecen de frecuentes diarreas. La madre se queja de no poder atenderlos bien. Todos se llevan bien con el menor.

CASO No. 2

M.R.G. HC: 136655.

Edad: 8 meses. *Séxo:* femenino. *Raza:* Negra.

Procedente de Colón. Matanzas.

Ingreso: I-III-67. *Egreso:* 8-V-67.

Motivo de ingreso: Vómitos y fiebre.

Enfermedad actual: Desde 3 meses antes, la niña presentaba vómitos de alimento, abundantes y ácidos. El vómito no se presentaba si no ingería alimento. Al principio la propia niña se lo provocaba, pero después el buche venía solo a la boca después de una serie de movimientos de la mandíbula y la lengua.

En ocasiones, presentó fiebre de 38° y manifestaciones catarrales a repetición, consistentes en secreción nasal mucopurulenta, con obstrucción y estridor. No tuvo diarrea. Desde el inicio de la sintomatología había bajado considerablemente de peso.

Antecedentes patológicos personales: Ninguno.

Antecedentes familiares: Cinco embarazos, con 5 partos a término. No abortos, no consanguinidad. Resto sin interés.

Prenatales, natales, y postnatales: Embarazo: Vómitos abundantes hasta el quinto mes. Se cayó una semana antes del parto y tuvo fiebre. El médico le dijo que el feto podía morir.

Parto: Institucional, a término, demorado por falta de contracciones. Llanto demorado. Cianosis. Preciso resucitación. Peso al nacer: 7 lb.

Desarrollo sicomotor: Control de la cabeza: 3 meses. Control del tronco: 7 meses. No se para.

Inmunizaciones: BCG al nacer; Antipolio Sabin a los 3 meses.

Alimentación: Lactancia materna durante 2 meses. Después hasta su ingreso, leche evaporada. Puré a los 3 meses. No carne, ni huevo.

Examen físico al ingreso: Lactante de 8 meses de edad que luce crónicamente enferma. Facies de deshidratación. Mirada torva, no se ríe, pero su expresión muestra gran atención a lo que le rodea y sigue todos los movimientos como con temor y prevención y a la vez con curiosidad. Lloro en cuanto se le manipula. Dedo pulgar siempre en la boca, succionando constantemente. Deshidratación moderada. Pliegue de ++, ojos hundidos. Panículo adiposo disminuido. Malnutrición grado II (61%).

Temperatura: 37°. *Peso:* 11 lb. *Talla:* 64 cm. *CC:* 43 cm. *CT:* 35 cm.

Cráneo: n/s. *Cuello:* n/s. *Tórax:* parilla costal prominente.

Tórax, abdomen y extremidades: Disminución del panículo adiposo.

Respiratorio: Secreción nasal mucopurulenta. Tiraje intercostal. Frenito bronquial. Ruidos transmitidos. No estertores.

Circulatorio, hemolinfopoyético y nervioso: n/s.

Digestivo: Form. dent: $\frac{0}{0}$ No visceromegalia.

DISCUSIÓN: Al ingreso, se valora el caso como una malnutrición bordeando el tercer grado, de causa secundaria, determinada por los vómitos, considerándose el síndrome emético probablemente debido a:

1. Causa parenteral: Sinusitis.
2. Intolerancia digestiva.
3. Alergia alimentaria.
4. Factores mecánicos.

La sinusitis maxilar y etmoidal fue comprobada radiológicamente y se ini-

ció tratamiento con penicilina y aerosoles.

Evolución: Al día siguiente al ingreso había reportados 6 "vómitos". Estaba mejor hidratada, pero llamaba la atención:

1. La "hostilidad" al medio que la rodeaba, junto a un profundo interés por él.
2. La tendencia a mantener el dedo en la boca hasta provocarse el vómito ya referido en la anamnesis.

Haciendo una observación cuidadosa de la paciente sin que ésta se diera cuenta, pudimos apreciar como este caso correspondía, como el anterior, a una rumiación.

Inmediatamente después de administrado el alimento, la niña se llevaba el pulgar a la boca, succionando violentamente. Pocos segundos después, venía el primer buche de alimento, seguido de varios más, sin náusea. Acto seguido, la niña procedía a realizar movimientos laterales, acompañándose éste de una expresión de placer que uno de nosotros calificó muy certeramente de "orgasmo".

La mayor parte del alimento regurgitado se derramaba por las comisuras labiales, y una pequeña parte era deglutida de nuevo. Aquí también se descartaron todas las posibilidades de patología orgánica asociada.

La medida inicial consistió en espesar la leche, administrándole evaporada con cereales. Se le dió además una chupeta y juguetes, y como en el caso anterior, el personal de la Sala y del Dpto. de Siquiatría cumplieron su misión de gratificarla. Sin embargo, aquí los resultados fueron pobres: varias veces se deshidrató, y no aumentaba de peso, llegando a hacer hasta 12 regurgitaciones en un día.

En vista de estos hechos, el Dr. Vega Vega sostuvo una nueva entrevista con la madre explicándole exhaustivamente en qué consistía la afección de su hija, y sus causas, solicitando su cooperación directa. Transcribiremos a continuación literalmente parte de lo expresado por la madre después de esta entrevista, y su interpretación de lo mismo: "Fui citada de nuevo por el siquiatra quien me dijo que la niña era una maniática y que sentía placer jugando con los vómitos. Me dijo que era necesario que yo misma la atendiera en el Hospital, que la cuidara y comprendiera que mi hija estaba falta de cariño maternal".

Así la madre de la niña fué provista de un pase permanente, y día tras día acompañó a su hija en la sala, dándole esmerada atención, alimentándola, vistiéndola, etc. De nuevo transcribimos sus impresiones: "Al principio, la niña estaba muy seria conmigo y me miraba fijamente, pero después de una semana empezó a reaccionar y ya entonces se reía y jugaba conmigo".

A pesar de este progreso evidente en las relaciones de la paciente y el medio que la rodeaba, las regurgitaciones no desaparecieron totalmente, persistiendo 2 ó 3 en el día, siguiendo el peso estacionario.

El día 38º de su estadía, la niña comenzó a hacer fiebre. Su aspecto era séptico. Se había recrudecido su infección respiratoria alta. Bajó el peso a 9 lb., la eritrosedimentación se elevó a 100 mm. y la hemoglobina cayó a 7 gm., apareciendo leucocitosis y desviación izquierda.

La radiología de tórax, urocultivo y hemocultivo fueron negativos, persistiendo tan sólo una marcada opacidad de los senos perinasales. Esta vez se utilizó Ampicillin, obteniéndose una excelente respuesta.

Controlada la infección en forma efectiva, comenzó a recuperarse con rapidez y ya después del día 55º sólo tuvo una regurgitación diaria, y al fin el día 59º dejó de rumiar.

Es dada de alta a los 68 días, para seguir su evolución por consulta externa. Al ser dada de alta ya no tomaba la leche espesada e ingería además carne, puré y yema de huevo. Pesaba 12 lb. 8 oz.

Diez días después la trae la madre con fiebre de 39º. Había rumiado en una o dos ocasiones. Se comprobó una reactivación de su sinusitis, tratándose esta vez con Eritromicina.

Un mes más tarde, contando ya 11 meses volvemos a verla, pesando ya 14 lb. No rumiaba y jugaba y se reía. Su sinusitis había mejorado notablemente.

Recientemente, ya con 12 meses volvió a visitarnos. Su mejoría ahora es más rápida. Pesa 16 lb. 8 oz. Su talla es de 71 cm. y su CC de 46 cm. Tiene 2 incisivos inferiores y 2 superiores. No ha vuelto a rumiar, juega y se pone de pie en la cuna.

Investigaciones complementarias:

Hemograma (al ingreso).

Hb: 9.6 gm. %

Hc: 33%

Eritrosedimentación: 18 mm. 1 hora.

Leucocitos: 7,500.

Diferencial: Poli: 51%; Linfo: 47%; Mono: 2%.

Prueba de Hück: Negativa.

Hierro sérico: 40 γ

Orina: Normal. *Urocultivo*: Negativo.

H. fécales: Negativo. *Coprocultivo*: Negativo (*E. coli*)

Pruebas funcionales hepáticas: Negativo.

Exudado nasal: Estafilococo aureo coagulasa+

Exudado faríngeo: Estreptococo viridans.

Electroencefalograma: Negativo

Exámenes radiológicos:

Tórax: Negativo.

Senos: Sinusitis maxilar y etmoidal.

Cráneo: Normal.

Esófago: Normal.

Estómago y duodeno: Normal.

Tránsito intestinal: Normal.

Test de Maduración de Gesell:

Edad cronológica 40 semanas

Conducta motriz 37 semanas

Conducta adaptativa ... 36 semanas

Lenguaje 38 semanas

Personal social 38 semanas

CONCLUSIONES: Discreto retraso en todas las áreas de maduración posiblemente debido a su malnutrición.

Resumen de los datos más importantes recogidos en la entrevista a la madre:

La niña vive en la ciudad de Colón, en un apartamento moderno de tres habitaciones, junto con sus padres y 4 hermanos.

La pareja lleva 7 años de casados. Se llevan bien. Sólo trabaja el padre, pero no tienen grandes dificultades económicas.

Padre: Tiene 28 años de edad. Es técnico tabaquero. Goza de buena salud. Es jovial en su trato y cariñoso con sus hijos.

Madre: Tiene 24 años de edad. Trabaja en su casa. Padece de los nervios; mal carácter. Pelea mucho con los niños, pues "mortifican mucho". Refie-

re que siempre atendió bien a la niña, que ésta tiene una gran dependencia de ella, que siempre quiere estar con ella y llora mucho cuando se encuentra ausente de la casa.

Hermanos: Son 4 en total. De 6 a tres años de edad. Son sanos. Se enferman poco. "Mortifican mucho".

COMENTARIOS

El análisis comparativo de estos dos casos muestra hechos de gran interés, que concuerdan esencialmente con los reportes de la literatura al respecto. Ambos están comprendidos entre 6 y 12 meses, para ser más exactos, los dos tenían 8 meses al ingreso; uno era masculino y el otro femenino; el primero es de procedencia rural y de raza blanca y la segunda de procedencia urbana y raza negra.

De todos estos datos, es precisamente el común a ambos el que tiene verdadero valor. Ya hemos señalado cuál es la edad más frecuente de aparición de este síndrome, y nuestros casos caen dentro de estos límites.^{3,7,9,10} El sexo no tiene ninguna significación, aunque se han reportado más casos entre los varones.^{3,9}

En nuestros pacientes, como ocurre en la mayoría, el diagnóstico surgió de la observación directa del paciente, pues en ambos el interrogatorio hecho en el Cuerpo de Guardia no fue lo suficientemente incisivo para obtener datos que permitieran hacer ese diagnóstico de entrada. Coincidimos en esto con *Richmond*,⁹ quien señala que en la mayoría de los casos estos niños ingresan en los Hospitales con los diagnósticos más diversos, excepto el de rumiación.

En nuestros pacientes el proceso de la rumiación era bastante típico, tal y como lo describen todos los autores,

pero sin embargo, en nuestro caso 2, que fue una paciente muy rebelde al tratamiento, la regurgitación, en vez de presentarse tras un intervalo de unos 30 minutos después de la ingestión de alimentos, lo hacía inmediatamente después, e inclusive a veces la enferma ni esperaba a terminar de comer para iniciar el proceso.

Los dos pacientes habían sido lactados a pecho durante los primeros meses de su vida, pero al inicio de los síntomas llevaban ya varios meses con lactancia artificial. Ya desde 1925, *Cameron*³ insistía en que todos los casos de rumiación se veían en niños lactados artificialmente.

Ambos lactantes eran malnutridos, y esa malnutrición era secundaria al trastorno digestivo, y a su vez condicionaba la instalación de infecciones secundarias que los llevaron a ingresar al Hospital.

A su ingreso, los dos enfermos presentaron signos de deshidratación, y el primero un síndrome diarreico agudo, pero aparte de la malnutrición y las manifestaciones respiratorias altas, el examen físico no arrojó nada positivo. Ambos tenían por supuesto anemia de causa nutricional.

Ninguna de las investigaciones complementarias realizadas con el fin de detectar la existencia de patología orgánica de base capaz de explicar el síndrome emético arrojó nada positivo, demostrando de esta forma que el síndrome de rumiación generalmente carece de un sustratum anatómico, aunque en algunos casos se han reportado patologías esofágicas asociadas tales como cardioespasmo, estenosis esofágica, pilorospasmo o calasia.⁸

Se señala, sin embargo que, unido al factor sicógeno es necesaria cierta predisposición, que en sí no quiere decir que deba existir una patología orgánica



*Fig. 1.—Caso 1. Rumiación.
Obsérvese la expresión del paciente, su estado
nutricional y el dedo introducido en la boca
para provocarse el vómito.*



Fig. 2



Fig. 3

*Figs. 2 y 3.—Caso 1. Rumiación.
Obsérvese en estas dos fotos un aspecto comparativo del mismo niño a su ingreso y al
ser dado de alta. Nótese la variación en la expresión.*



Fig. 4

*Figs. 4 y 5.—Caso 1. Rumiación
Otras dos vistas comparativas
del lactante. A la izquierda, la
expresión hosca de un malnutri-
do. Nótese que es un niño mal
cuidado. A la derecha, el mis-
mo niño ya curado.*



Fig. 5



Fig. 6.—Caso 2. Rumiación.

*Obsérvese la expresión atenta y recelosa de la
paciente (radar look); la pose característico,
succionando el pulgar ansiosamente y parte del
alimento regurgitado saliendo por la comisuras
labiales.*



Fig. 7. — Caso 2. Rumiación.

La paciente a los pocos días de su ingreso. Aún precisaba hidratación parenteral. Obsérvese la succión del dedo y cómo el alimento sale por la boca.



Fig. 8. Caso 2. Rumiación.

La paciente, ya curada, con su madre. Al tomarse esta fotografía contaba con 14 meses de edad, pesando ya 19 libras.

digestiva, sino simplemente ciertas peculiaridades que facilitan la regurgitación, y que hacen que, de un grupo de niños sometidos a las mismas circunstancias ambientales, sólo una proporción pequeña desarrolla el síndrome de rumiación.⁷

Es evidente que la severidad del cuadro clínico es variable. Nuestro primer paciente puede catalogarse como moderado y la segunda como severa.

El estímulo inapropiado conduce invariablemente a la tendencia del niño a tratar de autogratificarse, y así algunos hacen el síndrome de rumiación. Este acto les reporta un evidente placer, ya que les permite colmar ese deseo no satisfecho de atención.^{2,3,7,8,9} La niña del caso 2 experimentaba un placer tan intenso al rumiar, que llamaba su expresión grandemente la atención. Cuando no rumiaba, su expresión era también la del ser que busca en el medio que le rodea, una fuente de gratificación. *Richmond* llama "radar look" a esta expresión mezcla de atención y recelo.⁷

La rumiación puede acompañarse de otras perversiones del gusto⁷ y trastornos de la conducta que constituyen verdaderos rasgos neuróticos.⁸ Nuestro caso 1 solía comerse pedazos del colchón de espuma de goma de su cuna y en varias ocasiones presentó movimientos de cabeza y balanceo. Al inicio, también mantenía una postura autística. Tanto un niño como el otro, se succionaban el dedo pulgar insistentemente, especialmente la niña.

Una nueva coincidencia es que ambos pacientes eran portadores de sinusitis maxilar y etmoidal, muy severa en la pequeña. No creemos que esta afección tenga una relación directa con la presencia del síndrome digestivo, pero fue evidente el hecho de que la sinto-

matología lució recrudescerse al agravarse la sinusitis en el caso 2.

En el primer caso seguimos el esquema de tratamiento sugerido por *Richmond*.^{9,10} La hospitalización influyó positivamente en la evolución del niño al recibir éste una atención adecuada e interrumpirse la anormal relación madre-hijo. Sin embargo, en la niña esta medida fracasó y fue necesario mediante la preparación adecuada de la madre establecer una nueva relación afectiva que culminó en el éxito, pero no sin dificultades.

La falla en una estimulación adecuada y el mal cuidado del lactante por parte de su madre se evidenció en nuestros dos pacientes. No fue fácil detectarlas, pues ambas madres insistieron en negar cualquier tipo de dificultad, y quizás hasta inclusive no se habían percatado de ello hasta ese momento.

El primer paciente es el 11º hijo de una familia pobre. El niño no sólo representaba para su familia una carga más, sino que además impidió con su nacimiento que la madre pudiera trabajar para mejorar la situación económica de la casa. El niño por tanto, no fue deseado y hasta ya avanzada la gestación la madre abrigó la esperanza de que no estuviese embarazada. No había una atención adecuada. El niño había expulsado ascaris y no había sido llevado al médico.

La madre reconocía que era incapaz de cuidar bien a tantos hijos, aunque insistía que era precisamente éste el que más cuidaba.

La segunda paciente es la quinta hija de una familia de modestos recursos. El embarazo fue malo y expresión del rechazo al mismo fue el hecho de estar vomitando hasta los 5 meses. Al sufrir un accidente al final del embarazo, el médico le informó que "el feto podía

morir". Esta idea quedó fija en su memoria y fue de gran preocupación para ella. El carácter materno es duro, huracán y poco afectivo. Hay rasgos de inmadurez emocional. Impone su autoridad peleando. Critica continuamente la vivacidad natural de sus hijos, y contrasta esto con la insistencia en proclamar su dedicación a la enferma.

El espesamiento de la leche y otros alimentos líquidos, y la introducción de sólidos recomendada por distintos autores,^{2,3} es una medida coadyuvante sobre todo en el período en que el componente sicosomático no está aún controlado y su finalidad es tratar de dificultar la regurgitación y así prevenir la emaciación.

Las medidas restrictivas tan en boga antaño, hoy no se recomiendan, ya que comportan una agresión a un paciente que está privado de afecto; además, no son efectivas y los casos curados por estos medios probablemente se hubieran curado también espontáneamente. La última utilidad de la restricción es impedir que el niño se provoque el vómito y no se distrofie, pero siempre el niño halla la manera de regurgitar.

Todos los autores coinciden en que la mejor medida general es la hospitalización y reportan numerosos casos curados espontáneamente al arribar a los 2 años de edad.^{3,8,10}

RESUMEN

Se reportan dos casos de rumiación en lactantes de 8 meses de edad. En ambos casos, el trastorno sicosomático había determinado una malnutrición secundaria que a su vez se había complicado con sinusitis y en uno de ellos además con diarrea aguda.

Aparte de esto y de una anemia nutricional moderada, no se encontró nin-

guna patología orgánica de base capaz de explicar el origen de este síndrome, pero sí fue posible detectar la existencia de una anormal relación madre-hijo, que resultaba en una falta de estimulación o cuidado inapropiado del lactante.

En uno de los casos se apreciaron perversiones del gusto asociadas, y en los 2, trastornos de la conducta de tipo neurótico.

Uno de los pacientes curó rápidamente con la hospitalización, mientras el otro requirió la cooperación directa de la madre.

Se insiste en el valor que un buen interrogatorio y una buena observación del enfermo vomitador tienen en el diagnóstico precoz de la afección.

SUMMARY

Two cases of rumination in 8-months-old infants have been reported. In both cases psychosomatic disorder resulted in secondary malnutrition complicated by sinusitis in both and also with acute diarrhea in one of them. No organic disease was found which could explain the origin of this syndrome, but it was possible to detect an abnormal mother-infant relationship resulting in lack of gratification or inadequate infant care. In one of the cases, associated taste perversions were found, and in both neurotic disorders. Hospitalization alone, reestablished one of the cases, but the other one required direct maternal cooperation. The great value of a good anamnesis and of adequate observation of the symptomatology for an early diagnosis of this syndrome has also been stressed.

RESUME

On y rapporte deux cas de rumination chez des nourrissons âgés de huit mois. Chez tous deux le trouble psycho-

omatique avait causé une dénutrition secondaire qui à son tour s'était compliquée chez tous deux d'une sinusite et chez l'un d'eux, en plus, d'une diarrhée aiguë. En outre de cela et d'une anémie modérée par alimentation insuffisante, on ne trouva pas de maladie organique causante qui puisse expliquer l'origine de ce syndrome-cimais il a été possible de déceler un rapport mère-enfant anormal, lequel donna lieu à une manque de stimulation ou à des

soins inappropriés pour le nourrisson. Chez l'un des cas on remarqua des perversions du goût y associées et chez deux des troubles de la conduite du type neurotique. Un des malades guérit rapidement par l'hospitalisation seule tandis que pour l'autre il fallut la collaboration directe de la mère. On y appuie sur l'utilité d'un bon interrogatoire et d'une observation attentive du malade vomissant pour le diagnostic de bonne heure de la dite affection.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Cameron, H. C.: Forms of Vomiting in Infancy. *Brit. Med. J.* 1: 872, 1925.
- 2.—Debré, R.; Lelong, M.: *Pédiatrie*, pp. 260. Editions Médicales Flammarion, Paris, 1963.
- 3.—Ellis, R. W.: *Enfermedades de la Infancia y la Niñez*. Segunda ed. pp. 277. Editorial J. M. Cajica, Jr. S. A. México, 1959.
- 4.—Fanconi, G.; Wallgren, A.: *Tratado de Pediatría*. 7ma. ed. pp. 770. Ediciones Morata. Madrid, 1965.
- 5.—Holloicell, J. C.; Gardner, L. I.: Rumination and growth failure in male fraternal twin. Association with disturbed family environment. *Pediatrics* 36: 565, 1965.
- 6.—Kanner, L.: Hystorical notes on Rumination in man. *M. Life*, 43: 27, 1936.
- 7.—Meyer, L. F.; Wasson, E.: *Fisiología de la alimentación del lactante*. 2da. ed. pp. 212. Editorial Assandri, Córdoba, Argentina, 1954.
- 8.—Nelson, W. E.: *Tratado de Pediatría*. 5ta. ed. español. pp. 817. Salvat Editores, S. A. Barcelona, 1965.
- 9.—Richmond, J. B.; Eddy, E.; Green, M.: Rumination: a psychosomatic syndrome of infancy. *Pediatrics*, 22: 49, 1958.
- 10.—Richmond, J. B.: Rumination. In the *Current Pediatric Therapy de Gellis y Kagan*, W. B. Saunders Company. Philadelphia, 1964.

Ya está impreso

EL SEGUNDO TOMO DE TEMAS DE LAS RESIDENCIAS

que contiene las tesis:

1. TUMORES PRIMITIVOS DEL URETER

por el Dr. Francisco J. Alonso Domínguez

2. GRANULOMATOSIS HEPÁTICA

por la Dra. Mercedes Batule Batule

3. HIPOTIROIDISMO

por la Dra. María Josefa Güeche García

editado por el

CENTRO NACIONAL DE INFORMACION DE CIENCIAS MEDICAS

Este tomo puede ser adquirido en las librerías de L y 27, Vedado, "Lalo Carrasco", en el Hotel Habana Libre, en las principales librerías del interior de la República, o por correo en "La Moderna Poesía", Apdo. 605, La Habana, enviando el importe: \$2.00 y \$0.25 adicionales por ejemplar para el franqueo certificado.