

Síndrome de rumiación en un niño con encefalopatía crónica severa

Rumination syndrome in a child with severe chronic encephalopathy

Síndrome de rumição em uma criança com encefalopatia cr nica grave

Julieta Costas¹, Martín Notejane², Karina Machado², Andreina Guisande³,
Laura Delgado³, Loreley Garc a²

Resumen

Introducción: el síndrome de rumiación (SR) es un trastorno gastrointestinal funcional poco frecuente. Se define por la presencia de regurgitaciones repetidas luego de las ingestas, que no ocurre en el sueño ni se precede de náuseas. Ocurre en ausencia de otra enfermedad que lo explique.

Objetivos: describir el abordaje diagnóstico y terapéutico del SR en un niño con encefalopatía cr nica severa.

Caso clínico: 8 años, sexo masculino. Portador de encefalopatía cr nica no evolutiva severa. Trastorno deglutorio clínico. Buen crecimiento hasta los 6 años. Un año previo a la consulta instala regurgitaciones frecuentes posteriores a la alimentación, sin esfuerzo de v mito ni náuseas, acompañadas de rumiación. Los síntomas desaparecen en el sueño. Examen físico: adelgazado, masas musculares disminuidas, panículo adiposo hipoturgente.  ndice de masa corporal (IMC): 11,5 < P5 (z = -4,0). Esofagogastroduodeno evidenció reflujo gastroesofágico grado III. Se fraccionó la alimentación oral diurna y administró fórmula completa en gastroclisis continua nocturna; se indicó omeprazol y se realizó prueba terap utica con baclofeno. Buena evolución. Alta a los 25 días con peso en ascenso, alimentado por vía oral.

Discusión: el SR es una entidad poco conocida. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y de exclusión. La manometría esofágica con impedanciometría es el estudio *gold standard* cuando la presentación clínica no es tan evidente. Se requiere de un abordaje terapéutico interdisciplinario y multimodal. En niños con afectación neurológica severa, no es posible utilizar terapias cognitivo conductuales. El tratamiento con baclofeno constituye una opción terap utica. Es importante planificar el seguimiento y monitorizar su respuesta y la aparición de efectos adversos.

Palabras clave: Síndrome de Rumiación
Daño Encefálico Cr nico
Niño

1. Residente Pediatría. Facultad de Medicina. UDELAR.

2. Pediatra. Unidad Académica Pediatría B. Facultad de Medicina. UDELAR.

3. Gastroenteróloga pediatra. Unidad Gastroenterología Pediatr ica. HP-CHPR. ASSE.

Unidad Académica Pediatría B. Facultad de Medicina. UDELAR.

Trabajo inédito.

Declaramos no tener conflictos de intereses.

Se contó con la autorización de la familia para la publicación del caso.

Este trabajo ha sido aprobado unánimemente por el Comité Editorial.

Fecha recibido: 18 agosto 2025.

Fecha aprobado: 12 diciembre 2025.

Summary

Introduction: rumination syndrome (RS) is an uncommon functional gastrointestinal disorder. It is characterized by repeated regurgitation of recently ingested food, which does not occur during sleep and is not preceded by nausea. It occurs in the absence of an underlying organic disease to account for the symptoms.

Objectives: to describe the diagnostic and therapeutic management of RS in a child with severe chronic encephalopathy.

Case presentation: an 8-year-old male with severe static (non-progressive) chronic encephalopathy and clinical dysphagia. He demonstrated normal growth until age 6. One year prior to the consultation, he developed frequent postprandial regurgitations without retching or nausea, accompanied by rumination. Symptoms resolved during sleep. Physical examination revealed an emaciated appearance, reduced muscle mass, and depleted subcutaneous fat. Body mass index (BMI) was $11,5 < P5$ (z -score = $-4,0$). Esophagogastroduodenoscopy (EGD) demonstrated grade III gastroesophageal reflux. Daytime oral feeding was fractionated, and complete formula was administered via continuous nocturnal gastroclysis; omeprazole was initiated, and a therapeutic trial of baclofen was conducted. The patient showed favorable progress and was discharged after 25 days with gained weight, receiving oral nutrition.

Discussion: RS is a poorly recognized entity. Its diagnosis is primarily clinical and one of exclusion. High-resolution esophageal manometry combined with impedance testing is the gold standard when the clinical presentation is ambiguous. An interdisciplinary and multimodal therapeutic approach is required. Cognitive-behavioral therapy cannot be used in children with severe neurological impairment. Treatment with baclofen represents a viable therapeutic option. Careful follow-up planning is essential to monitor treatment response and potential adverse effects.

Key words: Rumination syndrome
Brain Damage Chronic
Child

Resumo

Introdução: a síndrome de rumição (SR) é um transtorno gastrointestinal funcional pouco frequente. É definida pela presença de regurgitações repetidas após a ingestão alimentar, que não ocorrem durante o sono nem são precedidas por náuseas, ocorrendo na ausência de outra doença subjacente que a explique.

Objetivos: descrever a abordagem diagnóstica e terapêutica da SR em uma criança com encefalopatia crônica grave.

Apresentação do caso: paciente do sexo masculino, 8 anos de idade, portador de encefalopatia crônica não evolutiva grave e transtorno de deglutição clínico. Apresentou bom crescimento até os 6 anos. Um ano antes da consulta, desenvolveu regurgitações frequentes pós-prandiais, sem esforço de vômito ou náuseas, acompanhadas de rumição. Os sintomas desapareciam durante o sono. Ao exame físico: emagrecido, massas musculares diminuídas e panículo adiposo hipotúrgico. Índice de massa corporal (IMC): $11,5 < P5$ ($z = -4,0$). A esofagogastroduodenoscopia evidenciou refluxo gastroesofágico grau III. Fracionou-se a alimentação oral diurna e administrou-se fórmula completa por gastróclise contínua noturna; indicou-se omeprazol e realizou-se prova terapêutica com baclofeno. Apresentou evolução favorável, recebendo alta hospitalar aos 25 dias com ganho ponderal, alimentando-se por via oral.

Discussão: a SR é uma entidade pouco conhecida. Seu diagnóstico é fundamentalmente clínico e de exclusão. A manometria esofágica com impedanciometria é o estudo padrão-ouro (gold standard) quando a apresentação clínica não é tão evidente. Requer-se uma abordagem terapêutica interdisciplinar e multimodal. Em crianças com comprometimento neurológico grave, não é possível utilizar terapias cognitivo-

comportamentais. O tratamento com baclofeno constitui uma opção terapêutica relevante. É fundamental planejar o seguimento para monitorar a resposta terapêutica e o surgimento de efeitos adversos.

Palavras chave: Síndrome da ruminação
Dano Encefálico Crônico
Criança

Introducción

Los trastornos gastrointestinales funcionales (TGIF) incluyen una combinación variable de síntomas que no responden a alteraciones bioquímicas ni estructurales⁽¹⁾. Existen varios subtipos de TGIF, dentro de los cuales se incluyen las regurgitaciones y el síndrome de rumiación (SR)⁽¹⁾.

El SR es un TGIF poco común, en adultos se describe una prevalencia entre 0,9% y 8%, en la edad pediátrica su prevalencia real no es del todo conocida^(2,3). En ocasiones la rumiación puede pasar desapercibida y no motivar la consulta. Este síndrome puede presentarse a cualquier edad, siendo más frecuente en lactantes y escolares, sin predilección significativa por ningún sexo^(2,4,5).

Según los criterios de Roma IV, el SR se caracteriza por la presencia de regurgitaciones repetidas o expulsión de alimento parcialmente digerido, de al menos dos meses de evolución, que comienza poco después de la ingesta de alimentos y no se reproducen durante el sueño. Las regurgitaciones no suelen estar precedidas por náuseas o arcadas, y no pueden explicarse por otra condición médica. Además, debe descartarse la presencia de un trastorno alimentario⁽⁴⁾.

El alimento regurgitado puede ser masticado y deglutido nuevamente o ser expulsado por la boca. La rumiación suele no responder a tratamientos para la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)^(1,6).

En un trabajo publicado en el año 2024 por Yang y colaboradores, en el que se analizaron las diferencias clínicas entre el SR de inicio temprano (antes de los 5 años) y el de inicio en la adolescencia, se encontró que el primero estaba frecuentemente asociado con retraso en el desarrollo, mientras que el de inicio en la adolescencia se relacionaba mayoritariamente con trastornos del estado de ánimo⁽⁷⁾.

La rumia puede explicarse por diversos mecanismos fisiopatológicos. Por un lado, se produce un aumento de la presión intragástrica debido a la contracción, voluntaria pero inadvertida de los músculos abdominales e intercostales, asociada a la apertura simultánea del esfínter esofágico inferior (EII). Al mismo tiempo, se produce un desplazamiento de la unión gastroesofágica hacia el tórax, siendo todo ello lo que favorece el retorno del contenido gástrico hacia el esófago⁽⁴⁾.

De forma adicional, se plantea que los pacientes con SR pueden presentar un impulso premonitorio, una experiencia somatosensorial desagradable que se ve aliviada tras el evento de rumiación, lo que reforzaría la contracción abdominal. Este modelo de mecanismos múltiples propone que algunos pacientes puedan presentar estímulos psicológicos o fisiopatológicos secundarios que contribuyan al proceso de refuerzo que se produce en respuesta al mecanismo primario, que mantendría la contracción habitual de la pared abdominal. Ciertas comorbilidades, como la gastroparesia y la ERGE, podrían contribuir al mantenimiento de la rumiación⁽⁸⁾.

El diagnóstico de SR es fundamentalmente clínico y de exclusión. La manometría esofágica con impedancia en período posprandial permite confirmar el diagnóstico y descartar diferenciales⁽⁸⁾.

El SR requiere de un abordaje terapéutico interdisciplinario y multimodal, en el que participan pediatra, fonoaudiólogo, gastroenterólogo y equipo de salud mental.

Objetivos

Describir el abordaje diagnóstico y terapéutico del SR en un niño portador de enfermedad neurológica severa.

Caso clínico

Ocho años, sexo masculino. Procedente de Montevideo.

Antecedentes personales: portador de encefalopatía crónica no progresiva secundaria a síndrome hipóxico isquémico perinatal, con compromiso bilateral de tipo espástico, escala Gross Motor Functional Classification System (GMFCS) IV. Afectación cognitiva severa. Epilepsia secundaria estructural, controlada en tratamiento con levetiracetam. Enfermedad pulmonar crónica multifactorial sin insuficiencia respiratoria, en tratamiento con fluticasona inhalada. Reflujo gastroesofágico (RGE), en tratamiento con ranitidina, estreñimiento crónico por el que recibe dieta rica en fibras y lactulosa a demanda. Trastorno deglutorio clínico, alimentación por vía oral (por decisión familiar) en

seguimiento por fonoaudiología. Buen crecimiento hasta los 6 años. Última antropometría: peso: 18,5 kg, talla: 106 cm, índice de masa corporal (IMC): 16,5, P25 ($Z = 0,62$), según curvas para niños con parálisis cerebral (Figura 1).

Enfermedad actual: concurre a consulta ambulatoria con gastroenterología, donde se decide ingreso hospitalario para reparación nutricional. Un año previo a la consulta comenzó con regurgitaciones frecuentes posteriores a la alimentación, de escasa cantidad, sin arcadas, donde se identifican restos de alimentos. Los síntomas desaparecen en el sueño. No deposiciones líquidas, no fiebre, no gestos o comportamientos sugestivos de dolor. Sin sintomatología respiratoria.

Al examen físico, se destacan constantes vitales

normales. Normocoloreado, bien hidratado y perfundido, sin lesiones en piel. Desnutrición proteico calórica severa dada por relieves óseos evidentes, bola de Bichat presente, masas musculares disminuidas. Signo del calzón. Sin signos de carencias específicas. Abdomen excavado, no doloroso, sin visceromegalias. Antropometría al ingreso, peso: 15 kg, talla: 114 cm, IMC: 11,5, < P5, ($Z = -4,0$), según curvas para niños con parálisis cerebral (Figura 1).

En sala de cuidados moderados presentó múltiples episodios de regurgitaciones, posteriores a la ingesta de alimentos o líquidos, sin arcadas, dichos episodios no se presentaban durante el sueño. Tras su visualización, se planteó diagnóstico clínico de SR. Fue valorado por equipo multidisciplinario compuesto por

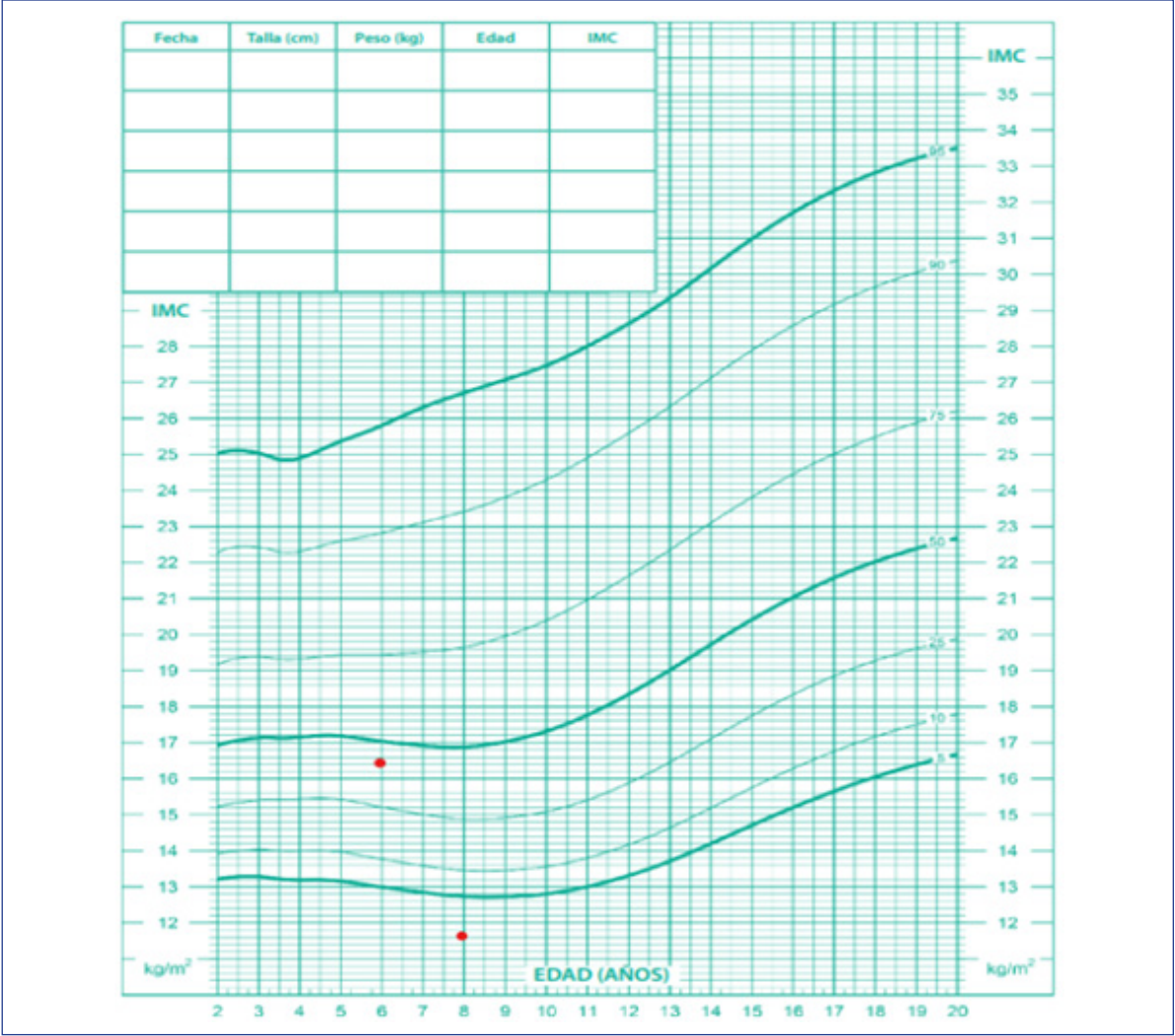


Figura 1. Gráfico índice de masa corporal para niños con parálisis cerebral. Se observa que a los 6 años mantenía un IMC entre los percentiles 25-50, a los 8 años (momento de la hospitalización) presentaba un IMC menor al percentil 5 ($z = -4,0$).

pediatra, gastroenterólogo, fonoaudiólogo y equipo de cuidados paliativos pediátricos.

Se indicó tratamiento para RGE con inhibidores de la bomba de protones. Se fraccionó la alimentación oral diurna, se administró alimentación por sonda nasogástrica mediante gastroclisis inicialmente continua, luego discontinua y posteriormente por técnica de gavage con reducción parcial de las regurgitaciones y ascenso ponderal.

Se indicó como prueba terapéutica para el SR baclofeno a dosis de 0,3 mg/kg/día que se tituló progresivamente hasta llegar a 1 mg/kg/día.

Se solicitaron estudios de valoración general (hemograma, glicemia, gasometría venosa, ionograma, función renal y hepática), sin alteraciones. Tránsito esófago-gastro-duodenal: se evidenció reflujo gastroesofágico grado III. No se constató pasaje del contraste a la vía aérea. Rectificación del ángulo de Hiss (probable hernia hiatal). El estudio dinámico de la deglución mostró alteración del I y II tiempo deglutorio.

Posterior a la realización de estudios imagenológicos, dada la presencia de una causa anatómica (hernia hiatal) como factor favorecedor de la ERGE, asociado a la condición neurológica del paciente y a las dificultades para acceder a una bomba de alimentación para su abordaje en domicilio, se planteó la posibilidad de una gastrostomía quirúrgica con funduplicatura de Nissen, para lograr una adecuada reparación nutricional. Se analizaron las opciones terapéuticas junto a la familia, que prefirió no realizar procedimientos invasivos, expresando el deseo de priorizar la alimentación vía oral.

Se mantuvieron los tratamientos iniciados hasta titular las dosis de baclofeno.

Luego de 25 días de internación, con ascenso ponderal mantenido y tolerando alimentación por vía oral, se otorgó el alta.

Luego de un año del egreso hospitalario, continúa en seguimiento con el equipo interdisciplinario, se constató disminución de episodios de regurgitaciones y aumento de peso de 2 kg, IMC 13, ($Z = -2$) (Figura 2). Continúa recibiendo baclofeno a 2,5 mg/kg/día, sin presencia de efectos adversos, no ha presentado nuevas hospitalizaciones.

Discusión

En la valoración de un paciente que se presenta con regurgitaciones, antes de confirmar el diagnóstico de SR, se deben descartar otras causas orgánicas o funcionales que puedan explicar los síntomas, como el RGE, los trastornos de vaciamiento gástrico, vómitos funcionales o trastornos de la conducta alimentaria. La visualización directa de los episodios de rumia, mien-

tras el niño se alimenta, es clave para la sospecha diagnóstica, evita la solicitud de pruebas complementarias innecesarias y tratamientos inefectivos^(4,5).

Para discernir entre los distintos diagnósticos diferenciales, la regurgitación vinculada al SR carece del sabor agrio, amargo o ácido, que sí es reportado por pacientes con RGE. A diferencia del RGE, los episodios de rumiación desaparecen durante el sueño y los inhibidores de la bomba de protones no suelen ser efectivos⁽⁸⁾. El caso que se presenta recibió tratamiento con inhibidores de la bomba de protones y antagonistas H2 durante varios meses, sin respuesta satisfactoria.

En pacientes con diagnóstico clínico de ERGE refractaria es fundamental distinguir entre la presencia de regurgitación posprandial persistente y el SR, dado que ambas entidades requerirán un abordaje particular⁽⁹⁾.

La literatura refiere que la presentación clínica inespecífica y el conocimiento limitado de esta entidad son factores que pueden ocasionar la solicitud de pruebas complementarias innecesarias e indicaciones de tratamientos inadecuados, provocando retrasos en el diagnóstico y aumento de los gastos sanitarios, como lo ocurrido en este caso⁽⁴⁾.

En un reciente estudio publicado por Bates y colaboradores (2024), se evidenció que el SR de inicio precoz suele tener una presentación clínica menos grave que el de inicio en adolescentes, con mayor frecuencia de rumiación, pero menor incidencia de vómitos y pérdida de peso. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar la edad de inicio al diagnosticar y tratar el SR, ya que las manifestaciones clínicas y las necesidades terapéuticas pueden variar significativamente según el grupo etario⁽⁷⁾.

El *gold standard* para confirmar el diagnóstico de SR es la manometría esofágica de alta resolución, idealmente con impedanciometría. La impedanciometría asociada permite evidenciar el movimiento retrógrado del bolo alimenticio durante el período posprandial durante los episodios de rumiación^(4,8,10).

A pesar de la utilidad de la manometría con impedanciometría para observar y subtipificar los episodios de rumia, en ocasiones su resultado puede no ser concluyente, sobre todo cuando la rumia no se manifiesta durante el registro^(9,10).

Estas técnicas combinadas no están disponibles en nuestro medio, pero sí cada una en forma aislada, por lo que puede recurrirse a ellas en caso de dudas diagnósticas⁽¹¹⁻¹³⁾.

Se han identificado patrones y desarrollado scores que permiten diagnosticar esta entidad a través de la pH impedanciometría esofágica de 24 horas^(9,14).

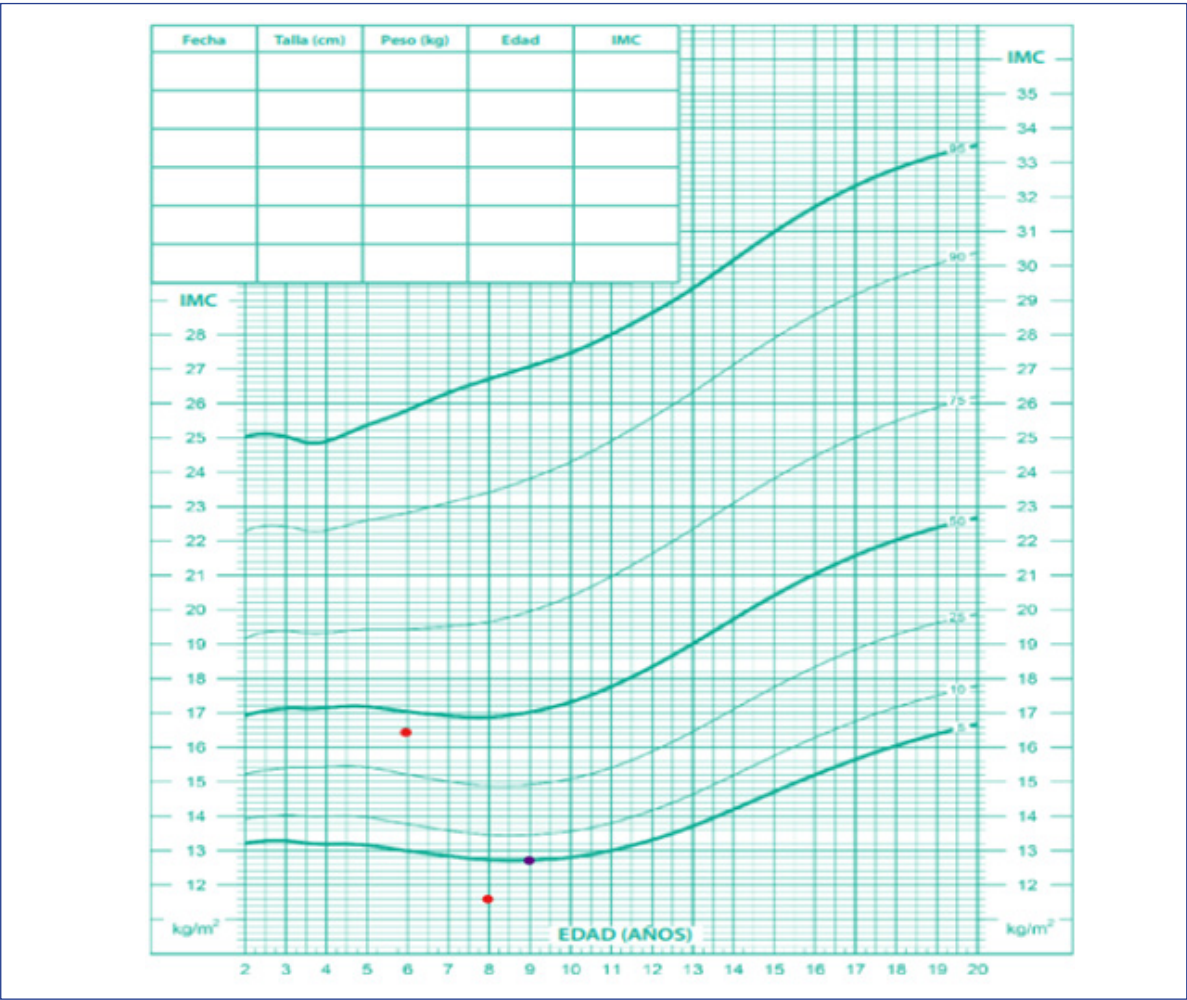


Figura 2. Gráfico índice de masa corporal para niños con parálisis cerebral. Evolución postratamiento con baclofeno. En violeta se registra el valor del IMC en el control de salud luego de la intervención con baclofeno.

El retraso en el diagnóstico y tratamiento también puede ocasionar complicaciones, como la desnutrición presente en el 40% de los casos, los desequilibrios electrolíticos y deterioro funcional⁽²⁻⁸⁾. Este paciente, como consecuencia de meses de evolución de regurgitaciones reiteradas, presentaba al momento de la hospitalización hallazgos clínicos de desnutrición crónica agudizada.

En este caso, el SR se presentó en un niño portador de encefalopatía crónica no evolutiva severa, la literatura señala que en muchos de estos pacientes la rumia suele ser un hábito placentero y autoestimulante^(4,8,11).

En cuanto al abordaje terapéutico del SR, este puede requerir de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas guiadas por un equipo interdisciplinario. La selección de la estrategia terapéutica dependerá de

si el SR se presenta en niños con o sin afectación neurológica. En aquellos sin afectación neurológica son consideradas terapias de primera línea las estrategias cognitivo conductuales, como la respiración diafragmática y el biofeedback. Dada la afectación neurológica severa que presentaba este paciente, no fue posible su implementación⁽³⁻⁹⁾.

En este caso se definió comenzar con una prueba terapéutica con baclofeno titulando progresivamente la dosis. Este es un agonista de los receptores del ácido gamma aminobutírico (GABA) y ha demostrado ser útil para aumentar la presión del EEI y disminuir las relajaciones transitorias de este, disminuyendo así los episodios de reflujo ácido y no ácido en pacientes con ERGE; el aumento de la presión del EEI podría ser potencialmente útil en los pacientes con rumiación, ya

que incrementa la presión que se debe vencer para que el contenido del estómago vuelva a la boca^(3,8,9).

Son escasos los estudios a nivel pediátrico que evalúen el beneficio y los riesgos del uso de baclofeno en el tratamiento del SR. Un estudio chileno comparó el tratamiento del SR con baclofeno versus placebo analizando el número de episodios de regurgitaciones referidos y mediante su identificación por impedanciometría manométrica de alta resolución (IMAR). Los autores encontraron que tanto el número de episodios de regurgitación referidos por los pacientes y los detectados por IMAR fueron significativamente menores con el uso de baclofeno. Entre los efectos adversos más frecuentemente registrados se encontraron somnolencia, mareos y parestesia, siendo todos leves y autolimitados⁽³⁾.

Se recomienda iniciar el tratamiento con baclofeno a una dosis de 5-10 mg una vez al día, en la noche, pudiendo realizar aumentos progresivos hasta llegar a 10 mg tres veces al día, mientras se monitoriza la aparición de efectos adversos⁽⁸⁾. En este caso se inició baclofeno a 0,8 mg/kg/día titulando en forma progresiva hasta 2,5 mg/kg/día, sin presencia de efectos adversos.

Severio y colaboradores reportaron, en 2015, una nueva estrategia terapéutica para el SR en niños con retraso del desarrollo. Esta consistía en realizar la nutrición con fórmula a base de leche de vaca por sonda de alimentación gastroyeyunal (vía endoscopia percutánea) durante las 12 horas diurnas con el objetivo de suprimir el hambre; suspender el uso de la vía oral para alimentos y líquidos, y adicionar cada cuatro horas, mediante la sonda, una solución de sabor desagradable (salsa picante a base de pimienta de Cayena, tipo salsa tabasco). Esta estrategia se aplicó a dos niños de 4 años con retraso del desarrollo, observando disminución de los episodios de rumia y satisfacción de las familias, sin recurrencias luego del año de tratamiento⁽¹¹⁾.

La literatura suele recomendar escalar los tratamientos priorizando los menos invasivos. En casos seleccionados en los que no se evidencia respuesta terapéutica bajo tratamiento con baclofeno, el tratamiento quirúrgico podría ser una opción, ya sea mediante funduplicatura de Nissen o gastrectomía subtotal^(8,12).

En cuanto al pronóstico, existen pocos estudios que informen sobre el seguimiento a largo plazo en pacientes con SR, los síntomas pueden reaparecer tras un tratamiento exitoso, con una tasa de recurrencia de 73%⁽⁸⁾.

Conclusiones

El SR es una entidad poco conocida en pediatría. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y de exclu-

sión. La manometría esofágica con impedanciometría es el estudio *gold standard*. En Uruguay, disponemos de manometría esofágica de alta resolución y pH impedanciometría esofágica en forma independiente que se utilizan en forma complementaria para el diagnóstico en casos seleccionados.

Se requiere de un abordaje terapéutico interdisciplinario y multimodal. En niños con afectación neurológica severa, no es posible utilizar terapias cognitivas conductuales. El ensayo terapéutico con baclofeno se sugiere como tratamiento de segunda línea con respuesta variable. Es importante planificar el seguimiento y titular la dosis monitorizando su respuesta terapéutica y la aparición de efectos adversos.

Referencias bibliográficas

- García J, Torres R. Trastornos funcionales gastrointestinales en el niño menor de cuatro años. *Protoc Diagn Ter Pediatr* 2023; 1:77-85. Disponible en: https://static.aeped.es/07_trast_func_n_menor_9bc0857937.pdf. [Consulta: 18 mayo 2025].
- Haworth J, Treadway S, Hobson A. The prevalence of rumination syndrome and rumination disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neurogastroenterol Motil* 2024; 36(7):e14793. doi: 10.1111/nmo.14793.
- Latorre M, Arias Z, Soffia P, Böhm G, Díaz P, Monrroy B. Uso de baclofeno en el tratamiento del síndrome de rumiación, un estudio randomizado, doble ciego, controlado y cruzado. *Gastroenterol Latinoam* 2019; 30(1):44-7. Disponible en: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2019n1000.07.pdf>. [Consulta: 18 mayo 2025].
- Giménez A, López M, Barba E, Accarino A, Álvarez M, Azpiroz F, et al. Síndrome de rumiación: dificultades diagnósticas y terapéuticas de un proceso no tan infrecuente. *An Pediatr (Barc)* 2018; 88(2):100-5. doi: 10.1016/j.anpedi.2017.03.011.
- Chial H, Camilleri M, Williams D, Litzinger K, Perrault J. Rumination syndrome in children and adolescents: diagnosis, treatment, and prognosis. *Pediatrics* 2003; 111(1):158-62. doi: 10.1542/peds.111.1.158.
- Juste M, Valcerde J, Román E. Trastornos funcionales del niño mayor. *Protoc Diagn Ter Pediatr* 2023; 1:87-98. Disponible en: https://staging.static.aeped.es/08_trast_func_n_mayor_5f5bc849f3.pdf. [Consulta: 18 mayo 2025].
- Yang D, Sabella J, Kroon A, Bali N, Vaz K, Yacob D, et al. Early childhood-onset rumination syndrome is clinically distinct from adolescent-onset rumination syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2024; 78(3):565-2. doi: 10.1002/jpn.12116.
- Chahuan J, Rey P, Monrroy H. Rumination syndrome: a review article. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed)* 2021; 86(2):163-71. doi: 10.1016/j.rgm.2020.11.001.
- Manresa M. Reconocimiento y abordaje del paciente con síndrome de rumiación. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2022; 52(2):270-6. doi: 10.52787/agl.v52i2.199.
- Puoti M, Safe M, Thapar N, Di Chio T, Pieri E, Nikaki K, et al. The role of high-resolution impedance manometry to identify rumination syndrome in children with unexplained foregut

symptoms. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2024; 78(5):1082-90. doi: 10.1002/jpn3.12164.

11. Severio A, Monagas J, Noel R, Hyman P. Eliminating rumination in developmentally disabled children: a case report. *Pediatrics* 2015; 136(1):e249-51. doi: 10.1542/peds.2014-4100.

12. Alcalá L, Serra X, Barba E. Síndrome de rumiación: revisión crítica. *Gastroenterol Hepatol* 2021; 45(2):155-63. doi: 10.1016/j.gastrohep.2021.03.013.

13. García del Paso J. Otros trastornos funcionales: Dispepsia funcional, aerofagia y rumiación. Sevilla: Sociedad Andaluza de Patología Digestiva, 2017. Disponible en: https://www.sapd.es/documents/cursos/MPC_Tema7.pdf. [Consulta: 17 mayo 2025].

14. Nikaki K, Rybak A, Nakagawa K, Rawat D, Yazaki E, Woodland P, et al. Rumination syndrome in children presenting with refractory gastroesophageal reflux symptoms. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2020; 70(3):330-5. doi: 10.1097/MPG.0000000000002569.

Correspondencia: Dr. Martín Notejane.

Correo electrónico: mnotejane@gmail.com

Disponibilidad de datos

El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio NO se encuentra disponible en repositorios de acceso libre.

Contribución de los autores - CRediT

Julieta Costas: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Visualización; Redacción - borrador original; Redacción - revisión y edición.

Martín Notejane: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Visualización; Redacción - borrador original; Redacción - revisión y edición.

Karina Machado: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Visualización; Redacción - borrador original; Redacción - revisión y edición.

Andreina Guisande: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Visualización; Redacción - borrador original; Redacción - revisión y edición.

Laura Delgado: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Visualización; Redacción - borrador original; Redacción - revisión y edición.

Loreley García: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Visualización; Redacción - borrador original; Redacción - revisión y edición.

Julieta Costas, ORCID 0009-0003-9267-7640.

Martín Notejane, ORCID 0000-0003-3834-0724.

Karina Machado, ORCID 0000-0003-0283-7851.

Andreina Guisande, ORCID 0000-0002-4925-9086.

Laura Delgado, ORCID 0000-0001-8843-5268.

Loreley García, ORCID 0000-0003-2151-7554.