

Vomito

Nausea → sensazione soggettiva della necessità di vomitare.

Vomito → espulsione orale del contenuto del tratto GI superiore causato dalle contrazioni dell'intestino e della muscolatura della parte toraco-addominale.

Fisiopatologia

Nell'atto del vomito sono coinvolti i neuroni di diversi nuclei del midollo allungato. Essi costituiscono un circuito neuronale di coordinazione situato nel bulbo, in cui si distingue una zona chemorecettoriale "trigger" (area postrema) e un centro del vomito.

Gli stimoli emetici possono originare dalla faringe, dal tratto GI, dal peritoneo, dai visceri addominali, dal cuore, dal sistema vestibolare e dal SNC (corteccia e nuclei e centri cerebrali).

Il processo emetico viene innescato dalla stimolazione diretta del centro del vomito mediante vie afferenti vagali e simpatiche, o attraverso l'attivazione della zona chemocettrice ad opera di sostanze stimolanti presenti nel sangue circolante o nel liquor.

I neuroni della zona chemocettrice hanno numerosi recettori così da rispondere a stimoli chimici (tossici e farmaci), neurotrasmettitori endogeni (dopamina, serotonina, istamina) e neuropeptidi (angiotensina, TRH, VIP, gastrina).

I disordini labirintici stimolano i recettori vestibolari colinergici muscarinici M_1 e quelli istaminergici H_1 . Gli stimoli vagali gastroduodenali attivano i recettori $5-HT_3$ della serotonina. L'area postrema è riccamente servita da fibre che agiscono su diversi sottotipi recettoriali: $5-HT_3$, H_1 , M_1 , D_2 .

Le vie efferenti sono spt somatiche, coinvolgendo il vago, i nervi frenici e i nervi spinali diretti alla muscolatura addominale. I muscoli inspiratori toracici e quelli della parete addominale si contraggono generando elevate pressioni intratoraciche e intraddominali che facilitano l'espulsione del contenuto gastrico.

Cause di vomito:

- Cause gastroenterologiche
 - ✓ Gastroenteriti infettive e tossiche
 - ✓ Malattie infiammatorie intraperitoneali
 - ✓ Ostruzione meccanica gastrointestinale
 - ✓ Disordini motori gastrointestinali
- Cause non gastroenterologiche
 - ❖ Cause iatrogene
 - ✓ Chemioterapia e radioterapia antitumorale
 - ✓ Farmaci cardiovascolari
 - ✓ Preparazioni ormonali
 - ✓ Analgesici, antinfiammatori, immunosoppressori
 - ✓ Antibiotici
 - ✓ Farmaci attivi sul SNC
 - ✓ Antiasmatici
 - ✓ Ipervitaminosi
 - ❖ Cause endocrino-metaboliche
 - ✓ Gravidanza
 - ✓ Ipertiroidismo
 - ✓ Iperparatiroidismo

- ✓ Iposurrenalismo
- ✓ Uremia
- ✓ Diabete
- ❖ Cause neurologiche e psichiche
 - ✓ Ipertensione endocranica
- ❖ Miscellanea
 - ✓ Affezioni glosso-faringee
 - ✓ IMA
 - ✓ Scompenso cardiaco
 - ✓ Vomito post-operatorio
 - ✓ Intossicazione alcolica
- ❖ Vomito ciclico

Diagnosi

Nel vomito di recente o breve durata (h/gg) è necessario considerare la possibilità di una gastroenterite tossica o virale. L'esordio con dolore addominale può dipendere da affezioni biliopancreatiche (colecistite, pancreatite) o miocardiche (infarto).

Il vomito mattutino a digiuno si osserva in gravidanza, in caso di ipertensione endocranica o di disordini endocrino-metabolici.

Il vomito subito dopo un pasto può essere di origine psicotica. L'insorgenza a qualche ora dal pasto si può osservare in casi di ostruzione meccanica (stenosi pilorica) o di disordini motori. Cibo indigerito può indicare la provenienza esofagea (acalasia, diverticolo).

Vomito fecaloide indica contaminazione batterica dell'intestino prossimale con stasi da ostruzione o paralisi intestinale (pseudoostruzione, ileo). La presenza di sangue digerito indica un'emorragia digestiva del tratto superiore.

L'anamnesi, l'esame obiettivo e le indagini di routine consentono la diagnosi nella maggioranza dei casi. Lo studio endoscopico, radiologico ed ecografico potrà chiarire l'eziologia nei casi dubbi.

Conseguenze del vomito

Nel vomito ripetuto si possono determinare alterazioni di tipo metabolico-nutrizionale.

La perdita di ioni idrogeno e di liquidi può comportare alcalosi e riduzione del volume extracellulare.

L'iperaldosteronismo secondario e la perdita diretta inducono carenza di potassio, con esito possibile in astenia ed aritmie cardiache.

Pazienti con vomito prolungato vanno incontro a dimagrimento a volte notevole.

Episodi di vomito particolarmente intensi possono causare lacerazioni della mucosa esofagea (sindrome di Mallory-Weiss) o lesioni transmurali esofago-gastriche (sindrome di Boerhaave).

Terapia

1. Ripristino delle condizioni idro-elettrolitiche fisiologiche
2. Individuazione delle possibili cause → rimozione
3. Terapia antiemetica (antistaminici, anticolinergici, antidopaminergici, antiserotoninergici)