

# Prevalencia del síndrome de rumiación: experiencia en tres países del Grupo de Trabajo en Trastornos del Eje Cerebro-Intestino de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SLAGHNP)

Carlos Alberto Velasco-Benítez<sup>1</sup>  · Estefanía Rodríguez-López<sup>2</sup>  · Daniela Alejandra Velasco-Suárez<sup>3</sup>  · Claudia Jimena Ortiz-Rivera<sup>4</sup>  · Edgar Játiva-Mariño<sup>5</sup>  · Ada Ruth Dionicio Avendaño<sup>6</sup>  · Arony Martínez<sup>6</sup> 

<sup>1</sup> Departamento de Pediatría. Universidad del Valle. Hospital Universitario del Valle "Evaristo García". Cali, Colombia.

<sup>2</sup> Universidad Libre. Hospital Universitario del Valle "Evaristo García". Cali, Colombia.

<sup>3</sup> Grupo de Investigación Gastrohnp. Universidad del Valle. Cali, Colombia.

<sup>4</sup> Universidad Libre. Hospital Universitario del Valle "Evaristo García". Cali, Colombia.

<sup>5</sup> Universidad Central del Ecuador, Clínica Internacional. Quito, Ecuador.

<sup>6</sup> Hospital General Dr. Manuel Gea González. Ciudad de México, México.

*Acta Gastroenterol Latinoam* 2025;55(4):332-340

Recibido: 28/07/2025 / Aceptado: 12/11/2025 / Publicado online el 23/12/2025 / <https://doi.org/10.52787/agl.v55i4.526>

## Resumen

**Introducción.** La prevalencia mundial de síndrome de rumiación es del 1,0% según los criterios diagnósticos de Roma IV. **Objetivos.** Identificar la prevalencia y las posibles asociaciones del síndrome de rumiación en preescolares, escolares y adolescentes de Colombia, México y Ecuador, según los criterios de Roma IV. **Materiales y métodos.**

Estudio prospectivo, observacional, de corte transversal y descriptivo realizado en tres países latinoamericanos. De la base de datos del Grupo Funcional Internacional Digestive Epidemiological Research Survey - FINDERS Group, se incluyeron a niños y adolescentes de entre 5 y 18 años, que respondieron el Cuestionario para Síntomas Digestivos Pediátricos Roma IV en español. Se analizaron variables sociodemográficas, familiares, clínicas y nutricionales. El análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central y dispersión para la descripción univariada de las variables. Posteriormente, se realizaron análisis bivariados mediante las pruebas de Chi-cuadrado o Fisher, y se calcularon odds ratios (OR), con sus respectivos intervalos de confianza del 95%. Se consideró un valor de  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo. **Resultados.** Fueron incluidos 10.089 niños (12,7  $\pm$  3,1 años; 55,6% femeninos; 52,1% mestizos). Se diagnosticó síndrome de rumiación en el 0,8%. En el 3,4% se observó una sobreposición de rumiación con otros trastornos funcionales. Se observó una asociación entre rumiación y las siguientes variables: género femenino (OR = 2,10; IC 95%: 1,24 - 3,66;  $p = 0,0032$ )

**Correspondencia:** Carlos Alberto Velasco-Benítez  
Correo electrónico: carlos.velasco@correounivalle.edu.co

y con sobreposición con otros trastornos funcionales, como estreñimiento y aerofagia ( $p = 0,000$ ). **Conclusión.** La prevalencia del síndrome de rumiación en preescolares, escolares y adolescentes de tres países latinoamericanos es similar a lo relatado a nivel mundial. El análisis bivariado mostró asociaciones con el sexo femenino y la sobreposición con otros trastornos funcionales.

**Palabras claves.** Síndrome de rumiación, prevalencia, asociación, Roma IV, Latinoamérica.

## Prevalence of Rumination Syndrome: Experience in Three Countries of the Working Group on Brain-Gut Disorders of the Latin American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (LASPGHAN)

### Summary

**Introduction.** According to Rome IV diagnostic criteria, the worldwide prevalence of rumination syndrome is 1.0%. **Objectives.** Identify the prevalence and possible associations of rumination syndrome in preschoolers, schoolchildren, and adolescents from Colombia, Mexico, and Ecuador according to Rome IV criteria. **Materials and methods.** Prospective, observational, cross-sectional and descriptive study conducted in three Latin American countries. We included children and adolescents between 5 and 18 years of age from the Functional International Digestive Epidemiological Research Survey - FINDERS Group database, who answered the Rome IV Pediatric Digestive Symptom Questionnaire in Spanish. Sociodemographic, family, clinical, and nutritional variables were analyzed. The statistical analysis included measures of central tendency and dispersion for univariate description of the variables. Subsequently, bivariate analyses were performed using the chi-square or Fisher's exact tests, and odds ratios (OR) were calculated with their respective 95% confidence intervals. A  $p$ -value of  $p < 0.05$  was considered statistically significant. **Results.** A total of 10,089 children (mean age  $12.7 \pm 3.1$  years; 55.6% female; 52.1% mixed race) were included in the study. Rumination syndrome was diagnosed in 0.8% of the children. An overlap of rumination with other functional disorders was observed in 3.4% of cases. The following variables were associated with rumination: female gender (OR = 2.10; 95% CI: 1.24 - 3.66;  $p = 0.0032$ ) and overlap with other functional disorders such as constipation and aerophagia ( $p = 0.000$ ). **Con-**

**clusion.** The prevalence of rumination syndrome among preschoolers, schoolchildren and adolescents in three Latin American countries is similar to that reported worldwide. Bivariate analysis showed an association with female sex and overlap with other functional disorders.

**Keywords.** Rumination syndrome, prevalence, association, Rome IV, Latin America.

### Abreviaturas

TECI: Trastornos del eje cerebro intestino.

QPGS-IV: Questionnaire for Pediatric Gastrointestinal Symptoms Rome IV.

SR: Síndrome de rumiación.

IMC: Índice de masa corporal.

TE: Talla para la edad.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OR: Odds Ratio.

IC: Intervalo de confianza.

EDY-Q: Eating Disorder in Youth Questionnaire.

HREM: High-Resolution Esophageal Manometry.

### Introducción

La Fundación Roma identifica los Trastornos del Eje Cerebro Intestino (TECI) a través del Cuestionario para Síntomas Digestivos Pediátricos, versión Roma IV (QPGS-IV, por sus siglas en inglés). Define el síndrome de rumiación (SR) como la regurgitación y remasticación repetitiva o la expulsión de los alimentos a través de la boca, durante un plazo de al menos ocho semanas, que comienza poco después de la ingesta de alimentos y no está precedida de arcadas, en un niño que no presenta otra afectación médica o trastorno de la alimentación.<sup>1</sup>

Según un reciente metaanálisis que incluyó catorce estudios de América, Asia, Europa, África y Oceanía, la prevalencia para SR según los Criterios de Roma IV es cercana al 1,0%.<sup>2</sup> Son escasos los estudios a nivel latinoamericano sobre SR que identifican esta prevalencia y sus posibles asociaciones utilizando los criterios de Roma IV.

El objetivo principal de este estudio fue determinar la prevalencia del SR y sus posibles asociaciones con otros TECI en preescolares, escolares y adolescentes de entre 5 y 18 años, de Colombia, México y Ecuador, de acuerdo con los criterios de Roma IV.

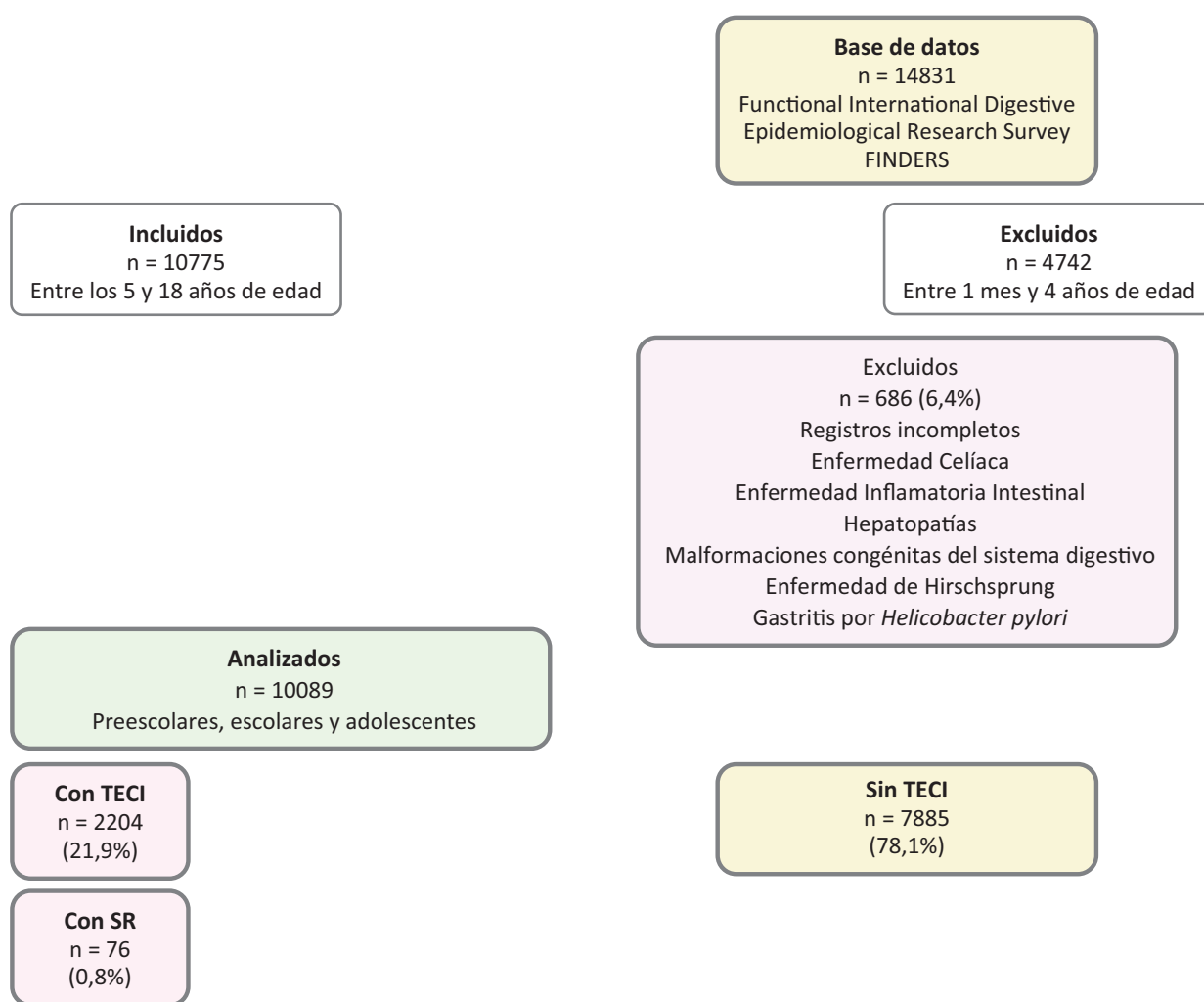
## Materiales y métodos

Estudio prospectivo, observacional, de corte transversal y descriptivo realizado en Quito, Ecuador (n = 951), Ciudad de México, México (n = 2380) y ocho ciudades de Colombia (n = 6758).

Una vez revisados y firmados los consentimientos informados de cuidadores y niños que respondieron debidamente el QPGS-IV entre el 20 de junio de

2019 y el 22 de marzo de 2024, y que se encontraban registrados en la base de datos del Grupo Funcional International Digestive Epidemiological Research Survey – FINDERS Group (n = 14831), fueron excluidos 4742 lactantes y preescolares de entre un mes y 4 años y 686 niños por tener registros incompletos y/o presentar diagnósticos de enfermedades orgánicas (Figura 1).

**Figura 1.** Diagrama de flujo de pacientes



TECI= trastornos del eje cerebro intestino; SR= síndrome de rumiación.

En la implementación del cuestionario, las respuestas de los niños de 5 a 10 años fueron proporcionadas por sus padres y/o cuidadores, mientras que en los mayores de 10 años el instrumento fue completado por ellos mismos. En todos los casos, la encuesta fue aplicada de manera dirigida por un médico general o un médico especialista (gastroenterólogo o pediatra) previamente entrenado en

el protocolo del estudio, con el fin de garantizar la validez y la adecuada interpretación de las respuestas.

Se analizaron variables sociodemográficas como edad, sexo, raza, colegio y origen; familiares como hijo único, primogénito, convivencia con los padres, TECI intrafamiliar; variables clínicas como la vía de nacimiento (cesárea o parto vaginal), prematuridad y sobreposición con

otros TECI; y nutricionales como estado nutricional según el índice de masa corporal (IMC) y la talla para la edad (TE), siguiendo las tablas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En este estudio, se consideró sobreposición cuando un participante cumplía simultáneamente con los criterios diagnósticos de SR y al menos otro TECI, según los criterios diagnósticos de Roma IV. Esta variable se analizó en el modelo bivariado como factor potencialmente asociado al SR.

El análisis estadístico se realizó por medio del software Stata 16.1 (StataCorp, College Station Texas, Estados Unidos). Se tuvieron en cuenta medidas de tendencia central y desvío estándar o rango según correspondiera. Las variables cualitativas fueron informadas con base a su frecuencia y porcentaje. Las comparaciones de variables cuantitativas fueron analizadas utilizando la prueba de *t Student*. Para las comparaciones entre variables categóricas se utilizaron las pruebas de Chi-cuadrado o exacta de Fisher, según el recuento esperado de las celdas. Cuando existieron celdas con recuento cero o menor de cinco observaciones, se aplicó la prueba exacta de Fisher. En estos casos no fue posible estimar *Odds Ratios* (OR) ni intervalos de confianza del 95% (IC95%), por lo que se reportaron como no estimables (n/a). Este criterio se mantuvo de manera uniforme en todas las comparaciones bivariadas.

La aprobación para la realización de este estudio fue obtenida del Comité de Ética del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”, de Cali, Colombia (Código 023-2019) y del Comité de Ética del Hospital Dr. Manuel Gea González, de la Ciudad de México, México (Registro 21-84-2023). Asimismo, se firmaron consentimientos informados por parte de los padres y asentimientos informados por los niños mayores de 7 años.

## Resultados

**Características de la población.** Fueron incluidos 10089 niños y adolescentes de entre 5 y 18 años de edad (12,7 +/- 3,1 años; 55,6% femeninos; 52,1% mestizos), con predominio en las variables sociodemográficas: adolescentes, sexo femenino, raza mestiza, colegio público y Colombia, junto con otras variables familiares, clínicas y nutricionales descriptas en la Tabla 1.

**Prevalencia.** El 22,1% de los niños y adolescentes de entre 5 y 18 años de Colombia, México y Ecuador presentó algún TECI. Los principales TECI encontrados fueron los relacionados con la defecación (13,2%), seguidos por los relacionados con dolor abdominal (6,4%). El 0,8% (n = 76) presentó SR (Tabla 2).

**Tabla 1.** Características generales de pre-escolares, escolares y adolescentes de Colombia, México y Ecuador (n = 10.089)

<b>Variables sociodemográficas: n (%)</b>	
<b>Edad (años)</b>	
Promedio +/- Desviación Estándar	12, 7+/- 3,1
Rango	5 a 18
<b>Grupos de edad</b>	
Preescolares (5 - 8 años)	605 (6,0)
Escolares (9 - 12 años)	3615 (35,8)
Adolescentes (13 - 18 años)	5869 (58,2)
<b>Sexo</b>	
Femenino	5612 (55,6)
Masculino	4477 (44,4)
<b>Raza (n = 4173)</b>	
Mestizo	2174 (52,1)
Blanca	1247 (29,9)
Afrodescendiente	510 (12,2)
Indígena	242 (5,8)
<b>Colegio (n = 7709)</b>	
Público	6378 (82,7)
Privado	1331 (17,3)
<b>Países</b>	
Colombia	6758 (57,0)
México	2380 (23,6)
Ecuador	951 (9,4)
<b>Variables familiares</b>	
<b>Hijo único (n = 5115)</b>	
No	4270 (83,5)
Sí	845 (16,5)
<b>Primogénito (n = 5099)</b>	
No	3029 (59,4)
Sí	2070 (40,6)
<b>Convivencia con los padres (n = 4696)</b>	
No	2816 (60,0)
Sí	1880 (40,0)
<b>TECI intra-familiar (n = 4530)</b>	
No	4424 (97,7)
Sí	106 (2,3)
<b>Variables clínicas</b>	
<b>Cesárea (n = 3703)</b>	
No	2440 (65,9)
Sí	1263 (34,1)
<b>Prematurez (n = 2717)</b>	
No	2350 (86,5)
Sí	367 (13,5)
<b>Estado nutricional</b>	
<b>Según Índice de Masa Corporal (n = 950)</b>	
Eutrófico	673 (70,8)
Malnutrido	277 (29,2)
<b>Según Talla para la edad (n = 950)</b>	
Normal	834 (87,8)
Alterada	116 (12,2)

TECI = Trastornos del eje cerebro intestino.

**Tabla 2.** Prevalencia de Trastornos del Eje Cerebro Intestino en pre-escolares, escolares y adolescentes de Colombia, México y Ecuador ( $n = 10.089$ )

Trastornos del Eje Cerebro Intestino: n (%)	Todos
No	7862 (77,9)
Sí	2227 (22,1)
<b>Asociados a náuseas y vómito</b>	<b>253 (2,5)</b>
Náuseas y vómito	96 (1,0)
- Náuseas funcionales	19 (0,2)
- Vómito funcional	77 (0,8)
Síndrome de vómito cíclico	47 (0,5)
Síndrome de rumiación	76 (0,8)
Aerofagia	34 (0,3)
<b>Asociados a dolor abdominal</b>	<b>648 (6,4)</b>
Dispepsia funcional	323 (32,0)
- Posprandial	286 (2,8)
- Epigástrica	37 (0,4)
Síndrome de intestino irritable	143 (1,4)
- Con estreñimiento	35 (0,4)
- Con diarrea	5 (0,1)
- Con estreñimiento y diarrea	33 (0,3)
- Sin estreñimiento y sin diarrea	70 (0,7)
Migraña abdominal	43 (0,4)
Dolor abdominal no especificado de otra manera	139 (1,4)
<b>Asociados a la defecación</b>	<b>1326 (13,2)</b>
Estreñimiento funcional	1309 (13,0)
Incontinencia fecal no retentiva	17 (0,2)

El 3,4% de los niños presentó más de un TECI. El 0,31% presentó SR sumado a otro TECI, siendo las superposiciones más frecuentes: SR y estreñimiento funcional (0,17%), SR y aerofagia (0,04%), y SR, dis-

pepsia funcional posprandial y estreñimiento (0,03%) (Tabla 3).

**Análisis bivariado.** Se observó una asociación entre el SR y las siguientes variables: género femenino (OR = 2,10; IC95%: 1,24 - 3,66;  $p = 0,0032$ ) (Tabla 4) y con las sobreposiciones más frecuentes SR y estreñimiento funcional ( $p = 0,000$ ) y SR y aerofagia ( $p = 0,000$ ) (Tabla 4a).

**Tabla 3.** Prevalencia de sobreposiciones con Síndrome de Rumiación en pre-escolares escolares y adolescentes de Colombia, México y Ecuador ( $n = 10089$ )

Sobreposición para algún TECI	
No	9742 (96,6)
Sí	347 (3,4)
<b>Sobreposición para SR</b>	<b>32 (0,31)</b>
<b>Dos TECI</b>	<b>22 (0,21)</b>
sr + ef	18 (0,17)
sr + ae	4 (0,04)
<b>Tres TECI</b>	<b>8 (0,08)</b>
sr + df_p + ef	3 (0,03)
sr + df_p + sii_m	2 (0,02)
sr + df_p + sii_i	1 (0,01)
sr + ef + ae	1 (0,01)
sr + ef + vf	1 (0,01)
<b>Cuatro TECI</b>	<b>2 (0,02)</b>
sr + df_p + ef + ae	1 (0,01)
sr + df_p + ef + nf	1 (0,01)

TECI= trastornos del eje cerebro intestino, sr= síndrome de rumiación; ef= estreñimiento funcional, ae= aerofagia, df\_p= dispepsia funcional posprandial, sii\_m= síndrome de intestino irritable mixto, sii\_i= sii indeterminado vf= vómito funcional, nf= náusea funcional.

\*Los porcentajes se calcularon sobre el total de la muestra (por columna).

**Tabla 4.** Factores de riesgo de Síndrome de Rumiación en pre-escolares, escolares y adolescentes de Colombia, México y Ecuador ( $n = 10.089$ )

	No (n = 10013)	SR Sí (n = 76)	OR	IC 95%	p
<b>Variables sociodemográficas</b>					
<b>Edad (años)</b>					
Promedio +/- Desviación Estándar	12,7 +/- 3,1	13,3 +/- 2,4		n/a*	0,9538
Rango	5 a 18	9 a 18			
<b>Grupos de edad</b>					
<b>Pre-escolares (5 - 8 años)</b>					
No	9408 (94,0)	76 (100,0)		n/a*	
Sí	605 (6,0)	0 (0,0)			
<b>Ecolares (9 - 12 años)</b>					
No	6427 (64,2)	47 (61,8)	1,00		
Sí	3586 (35,8)	29 (38,2)	1,10	0,66 - 1,79	0,6711
<b>Adolescentes (13 - 18 años)</b>					
No	4191 (41,9)	29 (38,2)	1,00		
Sí	5822 (58,1)	47 (61,8)	1,16	0,71 - 1,92	0,5150

**Tabla 4,** continuación en página siguiente

Continuación **Tabla 4.** Factores de riesgo de Síndrome de Rumiación en pre-escolares, escolares y adolescentes de Colombia, México y Ecuador ( $n = 10.089$ )

	SR		OR	IC95%	<i>p</i>
	No ( $n = 10013$ )	Sí ( $n = 76$ )			
<b>Sexo</b>					
Masculino	4456 (44,5)	21 (27,6)	1,00		
Femenino	5557 (55,5)	55 (72,4)	2,10	1,24 - 3,66	0,0032
<b>Raza (<math>n = 4173</math>)</b>	<b>(<math>n = 4130</math>)</b>	<b>(<math>n = 43</math>)</b>			
<b>Mestizo</b>					
No	1980 (47,9)	19 (44,2)	1,00		
Sí	2150 (52,1)	24 (55,8)	1,16	0,60 - 2,25	0,6238
<b>Blanca</b>					
No	2894 (70,1)	32 (74,4)	1,00		
Sí	1236 (29,9)	11 (25,6)	0,80	0,36 - 1,64	0,5357
<b>Afrodescendiente</b>					
No	3627 (87,8)	36 (83,7)	1,00		
Sí	503 (12,2)	7 (16,3)	1,40	0,52 - 3,21	0,4142
<b>Indígena</b>					
No	3889 (94,2)	42 (97,7)	1,00		
Sí	241 (5,8)	1 (2,3)	0,38	0,00 - 2,82	0,3273
<b>Colegio (<math>n = 7709</math>)</b>	<b>(<math>n = 7645</math>)</b>	<b>(<math>n = 64</math>)</b>			
Público	6327 (82,8)	51 (79,7)	1,00		
Privado	1318 (17,2)	13 (20,3)	1,22	0,60 - 2,29	0,5172
<b>México</b>					
No	7645 (76,4)	64 (84,2)	1,00		
Sí	2368 (23,6)	12 (25,8)	0,60	0,29 - 1,13	0,1079
<b>Colombia</b>					
No	3312 (33,1)	19 (25,0)	1,00		
Sí	6701 (66,9)	57 (75,0)	1,48	0,86 - 2,64	0,1358
<b>Ecuador</b>					
No	9069 (90,6)	69 (90,8)	1,00		
Sí	944 (9,4)	7 (9,2)	0,97	0,37 - 2,12	0,9485
<b>Variables familiares</b>					
<b>Hijo único (<math>n = 5115</math>)</b>	<b>(<math>n = 5075</math>)</b>	<b>(<math>n = 40</math>)</b>			
No	4235 (83,5)	35 (87,5)	1,00		
Sí	840 (16,5)	5 (12,5)	0,72	0,21 - 1,85	0,4919
<b>Primogénito (<math>n = 5099</math>)</b>	<b>(<math>n = 5059</math>)</b>	<b>(<math>n = 40</math>)</b>			
No	3004 (59,4)	25 (62,5)	1,00		
Sí	2055 (40,6)	15 (37,5)	0,87	0,42 - 1,73	0,6889
<b>Padres separados/divorciados (<math>n = 4696</math>)</b>	<b>(<math>n = 4660</math>)</b>	<b>(<math>n = 36</math>)</b>			
Sí	2795 (60,0)	21 (58,3)	1,00		
No	1865 (40,0)	15 (41,7)	1,07	0,51 - 2,18	0,8409
<b>TECI intra-familiar (<math>n = 4530</math>)</b>	<b>(<math>n = 4495</math>)</b>	<b>(<math>n = 35</math>)</b>			
No	4390 (97,7)	34 (97,1)	1,00		
Sí	105 (2,3)	1 (2,9)	1,22	0,02 - 7,48	0,8390
<b>Variables clínicas</b>					
<b>Cesárea (<math>n = 3703</math>)</b>	<b>(<math>n = 3664</math>)</b>	<b>(<math>n = 39</math>)</b>			
No	2414 (65,9)	26 (66,7)	1,00		
Sí	1250 (34,1)	13 (33,3)	0,96	0,45 - 1,95	0,9183



**Tabla 4.** Continuación

	SR		OR	IC95%	p
	No (n = 10013)	Sí (n = 76)			
<b>Prematurez (n = 2717)</b>	(n = 2690)	(n = 27)			
No	2326 (86,5)	24 (88,9)	1,00		
Sí	364 (13,5)	3 (11,1)	0,79	0,15 - 2,65	0,7143
<b>Estado nutricional</b>					
<b>Según Índice de Masa Corporal (n = 950)</b>	(n = 945)	(n = 5)			
Eutrófico	669 (70,8)	4 (80,0)	1,00		
Malnutrido	276 (29,2)	1 (20,0)	0,60	0,01 - 6,16	0,6514
<b>Según Talla para la Edad (n = 950)</b>	(n = 945)	(n = 5)			
Normal	829 (87,7)	5 (100,0)		n/a*	
Alterada	116 (12,3)	0 (0,0)			

\*En las comparaciones con recuentos esperados < 5 o celdas con valor 0 se aplicó la prueba exacta de Fisher. En dichos casos no fue posible estimar OR ni IC 95%.

**Tabla 4ª.** Sobreposiciones más frecuentes con síndrome de rumiación en preescolares, escolares y adolescentes de Colombia, México y Ecuador (n = 10.089)

	SR		p
	No (n = 10.013)	Sí (n = 76)	
<b>Con EF</b>			
No	10013 (100,0)	58 (99,9)	< 0,001
Sí	0 (0,0)	18 (0,17)	
<b>Con AE</b>			
No	10013 (100,0)	72 (99,9)	< 0,001
Sí	0 (0,0)	4 (0,04)	

EF= estreñimiento funcional; AE= aerofagia.

\*Los porcentajes se calcularon sobre el total de la muestra.

\*\*En las comparaciones con recuentos esperados < 5 o celdas con valor 0 se aplicó la prueba exacta de Fisher. En dichos casos no fue posible estimar OR ni IC 95%.

## Discusión

La prevalencia mundial del SR se ha estimado en aproximadamente 1,0% en población pediátrica, según los criterios de Roma IV.<sup>3</sup> En nuestro estudio, realizado en tres países latinoamericanos, la prevalencia fue de 0,8%, valor similar al reportado globalmente y que aporta evidencia regional sobre la frecuencia de este trastorno en la infancia.

En cuanto a los TECI en general, identificamos una prevalencia del 22,1%, comparable con lo descrito por Saps y colaboradores en Colombia (21,2%)<sup>4</sup> y ligeramente inferior a la reportada en Europa (30,9%),<sup>3</sup> Norteamérica (25,0%)<sup>5</sup> y Centroamérica (29,2).<sup>6</sup> Finalmente, el metaanálisis de Velasco-Benítez y col.,<sup>2</sup> que incluyó catorce estudios realizados en población pediátrica de entre 4 y 18 años, en instituciones públicas, reporta

una prevalencia global del 23,0% (IC95%: 21% - 25%; I<sup>2</sup> = 99%), con mayor prevalencia observada en países de América del Norte y del Sur, donde fue del 23,7% (IC95%: 21,29% - 26,22%; I<sup>2</sup> = 91,3%). Estas diferencias podrían atribuirse a la variabilidad geográfica, cultural y metodológica, especialmente al tipo de informante en los estudios realizados: mientras algunos recogen información de los padres, en nuestro estudio los cuestionarios fueron administrados por los mismos participantes mayores de 10 años, lo que podría reducir la sobreestimación de síntomas inespecíficos.

La prevalencia de SR en nuestro estudio (0,8%) es ligeramente superior a lo encontrado por Saps y col.<sup>4</sup> en Colombia (0,5%). Robin y col.,<sup>5</sup> en los Estados Unidos, no identificaron SR en su muestra de 4 a 18 años de edad. Haworth y col.<sup>7</sup> llevaron a cabo un metaanálisis que incluyó 147 estudios y un total de 114228 participantes, de los cuales 52694 eran población pediátrica. Describen una prevalencia de SR de 1,1% en adolescentes y de 0,1% en niños de entre 4 y 10 años. Altamimi y col.,<sup>8</sup> en Jordania, incluyeron a 1587 niños escolarizados, e identificaron una prevalencia del 0,4% en el grupo de 4 a 10 años y de 0,3% en el grupo de 11 a 18 años. En nuestro estudio, al analizar por grupos de edad, no encontramos SR en los niños de entre 5 y 8 años. La prevalencia de SR fue de 0,8% tanto en los niños de 9 a 12 años como en el grupo etario de 13 a 18 años. Con base en estos hallazgos, se refuerza la necesidad de considerar la edad como un factor relevante en la identificación de este trastorno. Murray y col.,<sup>9</sup> en Suiza, con una muestra de 1430 niños escolarizados de entre 7 y 13 años, determinaron SR en el 9,7%; sin embargo, estos autores utilizaron el Cuestionario sobre Trastornos Alimentarios en Jó-

venes (EDY-Q, por sus siglas en inglés), lo que podría explicar estas diferencias. En adultos, en comparación con los niños, Josefsson y col.<sup>10</sup> describieron prevalencias del 3,1%, asociadas a mayor IMC, ansiedad y depresión; y Zand Irani y col.,<sup>11</sup> del 5,8% asociada al sexo femenino, tabaquismo, dieta sin gluten, rinitis alérgica y depresión. Sería de gran utilidad enfocar investigaciones a futuro en el marco de la transición de la niñez a la adultez, que involucren componentes psicológicos, nutricionales y atópicos, hallazgos que podrían ayudar a comprender mejor los posibles mecanismos fisiopatológicos comunes y a establecer estrategias diagnósticas y terapéuticas más integrales.

Son múltiples las hipótesis que pueden explicar las diferencias entre nuestros hallazgos y lo reportado universalmente: diseños metodológicos de los estudios, tipo de cuestionarios utilizados, personas que proporcionan la información, diversidad sociocultural, nivel de conciencia y reconocimiento clínico de la entidad en las diferentes poblaciones, contexto geográfico, grupos etarios, entre otros. Es fundamental considerar todos los aspectos mencionados al comparar los resultados de los diferentes estudios, ya que influyen significativamente en la interpretación de los hallazgos.

Jia y col.<sup>12</sup> evaluaron el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico de SR en niños de entre 5 y 17 años, y analizaron si ese tiempo predice los resultados del tratamiento. Estos autores encuentran que un mayor tiempo hasta el diagnóstico se asocia con una menor probabilidad de resolución de los síntomas tras el tratamiento ( $p = 0,01$ ), por lo que subrayan la importancia de un reconocimiento rápido de los síntomas de SR y un diagnóstico oportuno. En nuestro estudio el diagnóstico de SR se realizó mediante el cuestionario QPGS-IV, a este respecto, Alioto y col.<sup>13</sup> documentaron el uso de pruebas diagnósticas en adolescentes con SR. Encontraron que los exámenes más utilizados fueron la esofagogastroduodenoscopia, el vaciamiento gástrico, la manometría antroduodenal, la seriada gastrointestinal superior y la ecografía abdominal, con un promedio de 8,8 pruebas y USD 19.795 por paciente para llegar al diagnóstico. Concluyen que, si bien las pruebas exhaustivas para el SR son comunes en la práctica clínica, tienen un alto costo económico y bajo rendimiento, lo que probablemente retrasa el diagnóstico y el tratamiento, por lo que sugieren utilizar criterios basados en síntomas para el diagnóstico del SR. Por otra parte, existen propuestas diagnósticas actuales de SR que utilizan la manometría esofágica de alta resolución (HREM, por sus siglas en inglés). Righini Grun-

der y col.<sup>14</sup> determinaron un patrón manométrico en 15 niños con SR y lo compararon con niños sanos, reportando una sensibilidad del 80% y una especificidad del 100%, por lo que concluyen que el estudio con HREM permite confirmar el diagnóstico del SR y diferenciar entre rumiación primaria y secundaria.

La variable de sobreposición fue analizada en el modelo bivariado para explorar posibles relaciones clínicas. En el análisis bivariado se identificaron asociaciones entre el SR y variables como el sexo femenino y la sobreposición con otros trastornos funcionales. Futuros estudios con mayor tamaño muestral, que incluyan un ajuste por clúster o país y enfoques analíticos multinivel, podrían aportar mayor precisión para identificar predictores consistentes del SR en población pediátrica latinoamericana.

La principal fortaleza de este estudio es la base de datos sólida del Grupo Funcional Internacional Digestive Epidemiological Research Survey – FINDERS Group, alimentada por los miembros del grupo de trabajo sobre TECI, pertenecientes a la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica (SLAGHNP), que permite la estandarización de la metodología de los diversos estudios de una manera sistemática y fiable. Con relación a sus debilidades, el estudio se limita a ciertas ciudades y países de Latinoamérica. Debido a la baja prevalencia del SR, sería útil la participación de más países latinoamericanos, e incluso de otros continentes.

## Conclusión

Se encontró una prevalencia de SR de 0,8% en preescolares, escolares y adolescentes de Colombia, México y Ecuador, la cual es similar a la descrita a nivel mundial. El SR se asoció con el sexo femenino y con la presencia de otros TECI. La superposición más frecuente fue SR y estreñimiento funcional.

**Consentimiento para la publicación.** *Se obtuvo el consentimiento y asentimiento informado por escrito del paciente o su padre, tutor o familiar, para la publicación de los datos en beneficio de la ciencia. La copia del formulario de consentimiento y asentimiento se encuentra disponible para los editores de esta revista.*

**Propiedad intelectual.** *Los autores declaran que los datos, las tablas y las figuras presentes en el manuscrito son originales y se realizaron en sus instituciones pertenecientes.*



**Financiamiento.** Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

**Conflictos de interés.** Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este artículo.

#### Aviso de derechos de autor



© 2025 Acta Gastroenterológica Latinoamericana. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la Licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC-SA 4.0), la cual permite el uso, la distribución y la reproducción de forma no comercial, siempre que se cite al autor y la fuente original.

**Cite este artículo como:** Velasco-Benítez C A, Rodríguez-López E, Velasco-Suárez D A y col. Prevalencia del síndrome de rumiación: experiencia en tres países del Grupo de Trabajo en Trastornos del Eje Cerebro-Intestino de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SLAGHNP). *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2025;55(4):332-340. <https://doi.org/10.52787/agl.v55i4.526>

#### Referencias

- Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano AM, Van Tilburg M. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology.* 2016;150:1456-68.
- Velasco-Benítez CA, Collazos-Saa LI, García-Perdomo HA. A systematic review and meta-analysis in schoolchildren and adolescents with functional gastrointestinal disorders according to Rome iv criteria. *Arq Gastroenterol.* 2022;59(2):304-13.
- Cinquetti M, Biasin M, Ventimiglia M, Balanzoni L, Signorelli D, Pietrobello A. Functional gastrointestinal disorders, lifestyle habits, and smartphone addiction in adolescents. *Pediatr Med Chir.* 2021;43(1).
- Saps M, Velasco-Benítez CA, Langshaw AH, Ramírez-Hernández CR. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in children and adolescents: Comparison between Rome III and Rome IV criteria. *J Pediatr.* 2018;199:212-6.
- Robin SG, Keller C, Zwiener R, Hyman PE, Nurko S, Saps M, et al. Prevalence of pediatric functional gastrointestinal disorders utilizing the Rome IV criteria. *J Pediatr.* 2018;195:134-9.
- Plasencia J, Ponce L, Alvarez J, Frago T, Arias YI, Carassou M, et al. Desórdenes gastrointestinales funcionales en adolescentes de la enseñanza preuniversitaria. *Rev Cuba Med Mil.* 2024;53(3).
- Haworth JJ, Treadway S, Hobson AR. The prevalence of rumination syndrome and rumination disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurogastroenterol Motil.* 2024;36(7):e14793.
- Altamimi E, Scarpato E, Saleh I, Tantawi K, Alassaf M, Ijam M, et al. National prevalence of functional gastrointestinal disorders in Jordanian children. *Clin Exp Gastroenterol.* 2020;13:267-72.
- Murray HB, Thomas JJ, Hinz A, Munsch S, Hilbert A. Prevalence in primary school youth of pica and rumination behavior: The understudied feeding disorders. *Int J Eat Disord.* 2018;51(8):994-8.
- Josefsson A, Hreinsson JP, Simrén M, Tack J, Bangdiwala SI, Sperber AD, et al. Global Prevalence and Impact of Rumination Syndrome. *Gastroenterology.* 2022;162(3):731-42.e9.
- Zand M, Jones MP, Halland M, Herrick L, Choung RS, Saito YA, et al. Prevalence, symptoms and risk factor profile of rumination syndrome and functional dyspepsia: a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2021;54(11-12):1416-31.
- Jia MR, Lu PL, Khoo JS, Sabella J, Yang DM, Puri NB, et al. Delay in diagnosis is associated with decreased treatment effectiveness in children with rumination syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2024;79(4):850-4.
- Alioto A, Di Lorenzo C, Montgomery ML, Yacob D. High cost and low yield: The diagnostic evaluation of rumination syndrome in pediatrics. *J Pediatr.* 2017;185:155-9.
- Righini F, Aspirot A, Faure C. High-resolution esophageal manometry patterns in children and adolescents with rumination syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;65(6):627-32.