

Caso clínico

Abordaje del síncope situacional en Atención Primaria. De la sospecha al diagnóstico

E. ARJOL LÓPEZ¹, P. GARCÍA LÓPEZ²

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Asistencial de Soria. ²Pediatra de Atención Primaria. Zona Básica de Salud Soria Norte.

RESUMEN

Se presenta el caso de un adolescente de 12 años con episodios repetidos de sensación de pérdida de conciencia inminente con recuperación posterior completa, mientras se prepara para ir al colegio. La anamnesis, exploración y pruebas complementarias serán clave para realizar el diagnóstico de exclusión y la posterior pauta de normas de conducta para su evitación.

Palabras clave: Presíncope; Síncope situacional; Síncope neurocardiogénico; Síncope neuromediado.

ABSTRACT

We report the case of a 12-year-old male patient with repeated episodes of sudden and transient loss of consciousness sensation with immediate recovery, while preparing himself for school. Anamnesis, exploration and complementary tests will be key elements for a diagnosis of exclusion and the subsequent set of guidelines for its avoidance.

Key words: Presyncope; Situational syncope; Neurocardiogenic syncope; Neurally mediated faint.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón adolescente, deportista, de 12 años de edad que acudió a la consulta de Pediatría de Atención Primaria por haber presentado en las últimas dos semanas tres episodios de visión borrosa, palidez objetivada por los padres, dolor frontal y mareo con sensación de pérdida de conciencia inminente. Esto ocurrió en bipedestación mientras se estaba peinando el tupé para ir al instituto. Se recuperó de forma completa, en escasos minutos, tras tumbarse en el sofá.

Al interrogar a la familia, niegan antecedentes personales ni familiares de síncope, cardiopatías ni muerte súbita. Únicamente había sido estudiado en Cardiología Pediátrica por un soplo inocente (auscultado por primera vez a los dos años de vida y que ha desaparecido en el momento actual).

En la consulta el paciente está asintomático. En la exploración física presenta constantes en rango normal (PA 119/77 mmHg, FC 74 lpm, glucemia capilar normal), buen estado general, buena coloración de piel y mucosas, bien hidratado, auscultación cardiaca y pulmonar y exploración neurológica sin alteraciones. Llama la atención que luce un vistoso tupé. Se realiza electrocardiograma en consulta y se solicita analítica sanguínea (hemograma, bioquímica con metabolismo del hierro), sin hallazgos significativos.

Correspondencia: Dra. Elena Arjol López. Complejo Asistencial de Soria.

Correo electrónico: earjol@saludcastillayleon.es

© 2021 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

TABLA I. PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE UN SÍNCOPE NEUROMEDIADO Y SÍNCOPE DE CAUSA CARDIOGÉNICA.

	Síncope neuromediado	Síncope cardiogénico
Pródromos	<ul style="list-style-type: none"> Sensación de pérdida de conciencia inminente, náuseas, visión borrosa, palidez 	<ul style="list-style-type: none"> Sin pródromos. Pueden referir dolor torácico o palpitaciones
Inicio	<ul style="list-style-type: none"> Desencadenado por la posición (bipedestación prolongada, cambios bruscos: de decúbito a sedestación/ bipedestación) Tras finalizar la actividad física o durante la misma (menos frecuente) Factores predisponentes (estrés emocional, físico, ciertas situaciones como la tos, micción, peinado del cabello...) 	<ul style="list-style-type: none"> En mitad del esfuerzo físico Brusco Sin necesidad de un estímulo previo
Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> Palidez, segundos de duración 	<ul style="list-style-type: none"> Puede aparecer cianosis, mayor duración
Recuperación	<ul style="list-style-type: none"> Rápida, 15-30 segundos, en decúbito. Pueden asociar movimientos anormales posteriores a la pérdida de conocimiento (en función de tiempo con hipoperfusión cerebral) 	<ul style="list-style-type: none"> Recuperación más tardía y no completa en ocasiones

Se diagnosticó al paciente de síncope situacional por peinado de cabello. En la actualidad, el paciente reconoce los síntomas prodrómicos, lleva tres meses peinándose sentado, de forma superficial y no ha vuelto a presentar nuevos episodios. Además tiene la tranquilidad de saber qué maniobras ha de realizar en caso de que le vuelva a ocurrir (posición en decúbito supino, maniobras de contrapresión física).

DISCUSIÓN

El mareo en Pediatría es una entidad de gran trascendencia en la práctica clínica dado que es uno de los motivos de consulta más frecuentes, sobre todo en la adolescencia (se estima que un 15-25% de los adolescentes sufrirán al menos un episodio antes de llegar a la vida adulta). La mayoría de episodios son de naturaleza benigna y tienden a la recidiva. Los "mareos" del adolescente plantean así un gran reto diagnóstico, dada la gran cantidad de procesos etiológicos subyacentes.

Sin duda, lo más importante a la hora de abordar un episodio sincopal o presincopal es la diferenciación entre síncope neuromediado y síncope de causa cardiogénica. En la tabla I pueden verse las principales diferencias.

Dentro de los síncope de etiología neuromediada aparece el presíncope de nuestro paciente: se trata de un subtipo llamado situacional y, en concreto, por el peinado de cabello, tras bipedestación prolongada.

Existen varias teorías sobre su mecanismo de producción, pero la hipótesis más aceptada es la activación del reflejo cardioinhibitorio por la estimulación de las ramas sensitivas que inervan el cuero cabelludo y por la bipedestación

prolongada, implicada en la mayor tasa de recurrencias de este tipo de síncope.

Todas las teorías acerca del mecanismo productor del síncope por peinado de cabello involucran la estimulación del nervio trigémino (V par craneal), el nervio facial (VII par craneal) o nervios cervicales. La inervación sensitiva del cuero cabelludo depende de múltiples nervios, dependiendo de la región. El trigémino inerva la región anterior del cuero cabelludo, a través de la rama oftálmica (V1). La zona preauricular y temporal también depende del trigémino, pero a través de la rama auriculotemporal o el nervio temporal superficial (colateral de la rama mandibular del trigémino-V3). En estas zonas el cuero cabelludo es más sensible que en el área occipital, inervada por nervios cervicales.

El reflejo cardioinhibitorio producido por la estimulación de cualquiera de las terminaciones sensitivas de los nervios descritos provoca una respuesta vagal parasimpática, produciéndose un descenso brusco de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial (al menos hasta un 20% menos de su basal), disminuyendo el gasto cardíaco y produciéndose una hipoperfusión cerebral transitoria, que desencadena en función de su intensidad un presíncope o un síncope. Además se pueden producir a su vez cambios hemodinámicos e hipermovilidad gástrica. El reflejo se caracteriza por su reversibilidad (el cese del estímulo finaliza la respuesta) y por su reproductibilidad cuando el estímulo se repite.

¿Sería necesaria la realización de pruebas complementarias adicionales para confirmar el diagnóstico? Según las guías clínicas bastaría con una exhaustiva historia clínica, una exploración física y ECG, siendo la realización de una analítica sanguínea básica más discutible (más allá de una

glucemia capilar). Con el claro desencadenante del peinado del cabello como productor del cuadro, realizar más estudios solo tendría como consecuencias un aumento de preocupación y ansiedad del paciente y de sus padres, así como un gasto innecesario de recursos económicos.

CONCLUSIÓN

Si bien se trata de una entidad clínica de buen pronóstico y su morbimortalidad es prácticamente nula, se trata de una situación que el paciente y los progenitores perciben con enorme carga de preocupación y que interpretan como un evento grave e incluso amenazante para la vida. De aquí deriva la importancia de la buena comunicación médico-paciente, de tranquilizarles, explicándoles la naturaleza benigna del cuadro y que la evitación o minimización del desencadenante es el único tratamiento necesario (siempre y cuando previamente se hayan realizado una exhaustiva anamnesis y exploración, llegando así al diagnóstico de exclusión).

BIBLIOGRAFÍA

- Castellar Reche MA, Iglesias Gómez C. Síncope por peinado del cabello. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2018; 20: e117-9.
- Eiris Puñal J, Rodríguez Núñez N, Gómez Lado C, Martínón-Torres F, Castro-Gago M, Martínón Sánchez JM. Síncope en el adolescente. Orientación diagnóstica y terapéutica. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 63: 330-9
- Gutiérrez Sigler M, Escribano Gómez L, Moriano Gutiérrez A. Síncope o presíncope. En: *Guía de Algoritmos en Pediatría* [en línea] [consultado el 10/03/2021]. Disponible en <http://algoritmos.aepap.org/algoritmo/3/sncope-o-presncope>
- Tamariz-Martel Moreno A. Síncopes y mareos. *Pediatr Integral*. 2021; 16: 595-604
- Siurana JM, Roses-Noguer F, Akel G, Grau R. Asystole in a syncope by hair grooming in children: Case report and literature review. *J Electrocardiol*. 2020: 7-9.
- Terán E, Rojas P. Abordaje del síncope en niños y adolescentes. En: *Escuela de Medicina Universidad Pontificia Católica de Chile* [en línea] [consultado el 11/03/2021]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/abordaje-del-sincope-en-ninos-y-adolescentes/>