

## PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

### Espasmos del sollozo

M. NIETO BARRERA

#### DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

Crisis cerebral anoxo-asfíctica del lactante (Diccionario de Epilepsia. OMS, 1973). Se caracteriza por presentar al inicio o durante el llanto un episodio breve de apnea seguido de una alteración variable del estado de conciencia, con retorno rápido de ella al final.

Dos modalidades:

— *Espasmo del sollozo cianótico* (ESC): Tras una o varias inspiraciones bruscas, acompañadas de gritos, se interrumpe la respiración en espiración, seguida de cianosis, hipotonía y pérdida de conciencia; si el ataque se prolonga la hipotonía se transforma en hipertonia y opistotonos, que puede estar precedido o seguido, con más frecuencia, de una o varias clonias de miembros, antes de que se recupere la respiración y la conciencia. Está producido por un aumento de la presión intratorácica provocada por el bloqueo respiratorio, que obstaculiza el retorno venoso y conduce a la reducción del gasto cardíaco con reducción del flujo sanguíneo cerebral. Es el más frecuente.

— *Espasmo del sollozo pálido* (ESP): Sin grito previo o con un sollozo mínimo, apnea con pérdida de conciencia y palidez intensa que se acompaña de hipertonia y con frecuencia revulsión ocular y una o va-

rias clonias de miembros; a veces emisión de orina. Está producido por una hipersensibilidad vagal con asistolía transitoria.

En un mismo niño pueden coexistir ambos espasmos.

#### PAUTA DIAGNÓSTICA

##### ANAMNESIS

Nos da la clave del diagnóstico. La descripción detallada del episodio crítico unida a la causa, siempre presente, que lo origina, nos permite diferenciarlo con facilidad de las crisis epilépticas que constituye la causa más frecuente de error.

1. *Historia familiar*: Hay frecuentes antecedentes familiares de ES o de hipervagotonia.

2. *Historia personal*: No hay datos anormales en embarazo, parto, período neonatal y desarrollo psicomotor.

3. *Historia de los ES*.

*Edad*: ESC, se inician entre los 6 y 12 meses y son raros a partir de los 3 años. ESP, se inician entre los 12 y 18 meses y persisten hasta los 5-6 años.

*Sexo*: presentes en los dos sexos.

*Comienzo*: ESC, llanto manifiesto previo. ESP, brusco casi o sin llanto.

*Duración:* variable según que la secuencia clínica se realice en parte o en su totalidad. Entre 5 y 20 segundos habitualmente.

*Frecuencia:* variable en relación con el agente desencadenante. ESC, diarios, semanales o mensuales. ESP, esporádicos.

*Síntomas asociados:* con frecuencia trastornos de la conducta.

*Prevalencia:* 5 % de la población infantil de menos de 3 años.

*Pronóstico:* siempre bueno a pesar de su aspecto dramático.

3. *Factores Predisponentes:* distorsión de las relaciones intrafamiliares.

4. *Factores desencadenantes:* muy variados, tanto psíquicos como físicos, pueden originar ambos tipos de espasmos aunque algunos tengan una cierta especificidad por uno de ellos:

— ESC: preferentemente ante una frustración o contrariedad; también como reacción al miedo, susto, cólera o estímulos dolorosos.

— ESP: preferentemente ante traumatismos banales; también ante reacciones sorpresivas con temor.

#### EXPLORACIÓN CLÍNICA

1. *General,* con especial atención a aparato respiratorio, sistema cardio-circulatorio y sistema nervioso central que suelen ser normales.

2. *Evaluación global del desarrollo del niño:* adquisiciones psicomotoras, comportamiento, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, manifestaciones ansiosas, etc.

3. *Evaluación de las relaciones intrafamiliares:* relación entre los padres, relación madre-hijo.

#### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Registro Poligráfico (PNG, ECG y EEG).

*Intercrítico:* Normal.

*Activación:* La compresión de globos oculares durante 10 segundos enlentece con facilidad el ritmo de fondo preferentemente en ESP. No se debe prolongar esta prueba.

*Crítico:* Se observan prácticamente los mismos hallazgos en ambos tipos de espasmos:

PNG: En la fase inicial de sollozo, bradipnea con reducción en la mitad o más del ritmo respiratorio interrumpido por breves episodios apneicos (ESC), seguida de apnea (inicial en ESP), y reinicio lento de la respiración aún en fase clínica de afectación de la conciencia.

ECG: inicialmente normal o discreta taquicardia para tras la pérdida de conciencia enlentecerse progresivamente, con recuperación posterior.

EEG: inicialmente normal o ligeramente enlentecido (ESC) o aplanamiento y aceleración del registro (ESP) con aparición posterior, cuando el niño pierde conciencia, de ondas lentas de gran amplitud. Si hay componente tónico se observa desincronización del registro. Al iniciarse la respiración normal, se normaliza el registro o aparecen ondas lentas durante unos segundos cuando ha habido desincronización.

#### PAUTA TERAPÉUTICA

1. *Medidas generales:* Orientadas a disminuir la ansiedad familiar.

— Información detallada a los padres del significado de los espasmos y su pronóstico.

— Evitar la sobreprotección.

— Durante el espasmo, aconsejar mantener una cierta tranquilidad, evitando la ansiedad y agitación, y limitarse a una serie de actos sencillos destinados a

estimular y proteger al niño: Desabrocharlo, pequeñas palmadas, rociar con agua fría, evitar traumatismos.

2. *Tratamiento medicamentoso*: habitualmente no es necesario instaurar tratamiento farmacológico dado el carácter inocuo de los espasmos a pesar de su aspecto dramático. Sin embargo cuando los espasmos son muy frecuentes, perturbando la vida normal del niño o se acompañan de componente convulsivo se puede aconsejar:

— Parasimpaticolíticos:

Tintura de Belladona en jarabe (fórmula magistral) a la dosis de 0,15-0,6 ml. repartida en 3 tomas.

Sulfato de Atropina en solución (fórmula magistral) a la dosis de 0,01-0,2 mg./kg./día repartida en 3 tomas.

Indicaciones: ESC con componente convulsivo frecuente.

Efectos secundarios: sequedad de mucosas, midriasis, estreñimiento.

— Ansiolíticos: Diazepán sol. (Diazepán sol. 1 gota 0,1 mg.) a la dosis de 0,3-0,5 mg./kg./día fraccionada en 3-4 tomas.

Indicaciones: ESP, cuando hay fuerte componente emocional en el medio familiar y el niño.

Efectos secundarios: somnolencia, hiporreflexia.

3. *Apooyo Psicológico*: en los casos en que se constata conflictos familiares importantes y/o trastornos de conducta serios en el niño.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. GASTAUT, H.; GASTAUT, Y.: *Electroencephalographic and clinical study of anoxic convulsion in children*. *Electroenceph. Clin. Neurophysiol.* 1958; 10: 607-620.
2. LAXDAL, T.; GÓMEZ, M. R.; REIHER, J.: *Cyanotic and pallid syncopal attacks in children (Breathholding spells)*. *Develop. Med. Child. Neurol.* 1969; 11: 755-763.
3. LOCKMAN, L. A.: *Nonepileptic Paroxysmal disorders*. In Swaiman, K. F.: *Pediatric Neurology Principles and Practice*, C. V., Mosby. C. 1989; 443-446.
4. LUMBROSO, C. T.; LERMAN, P.: *Breath-holding spells (Cyanotic and pallid infantile syncope)*. *Pediatrics*. 1967; 39: 563-581.
5. MCWILLIAN, R. C.; STEPHENSON, J. B. P.: *Atropine treatment of reflex anoxic seizures*. *Arch. Dis. Child.* 1984; 59: 473-476.