

ALGUNAS CONSIDERACIONES EN RELACION CON EL DIAGNOSTICO DE LAS CRISIS VAGALES EN EL NIÑO

Hospital Pediátrico Docente "William Soler"

Dr. Desiderio Pozo Lauzán*

Existen numerosas manifestaciones clínicas de origen cerebral que pueden confundirse con un ataque de naturaleza epiléptica; una de ellas la constituye la denominada crisis cerebral anoxicoisquémica, en la que existe una cardioinhibición debida a una hipersensibilidad vagal. Algunos autores¹ han planteado que estas crisis pueden tener una prevalencia de 0,8 % en niños de edad preescolar.

Las crisis vagales habitualmente se relacionan con diferentes factores precipitantes:^{2,3} un golpe, estímulos emocionales (como un susto o una reprimenda), observación de sangre, dolor abdominal, calor excesivo, posición erecta durante largo tiempo. La hipertermia es un factor importante que se debe considerar como desencadenante de una crisis vagal;⁴ esto ha sido confirmado recientemente, en estudios realizados en el Servicio de Neuropediatria del Hospital Pediátrico Docente "William Soler".⁵

Las crisis anoxicoisquémicas (vagales) tienen diferentes formas de expresión clínica: pálidas y cianóticas. Las crisis pálidas se caracterizan por la presencia de esta manifestación clínica (palidez), de localización facial fundamentalmente; se acompañan de hipertonia generalizada, que puede llegar a opistótonos; en algunos niños se verifica pérdida del tono muscular y en ocasiones se observan movimientos clónicos de las extremidades. En estas crisis existe pérdida de la conciencia durante segundos. El llanto no es un elemento muy frecuente, aunque puede observarse en los niños pequeños acompañado de bradipnea o de apnea. Las

* Candidato a Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Neurología. Jefe del Servicio de Neuropediatria.

crisis vagales pálidas se presentan en la lactancia y hasta la adolescencia.

Las crisis vagales cianóticas son menos frecuentes. La cianosis predomina en la cara y se acompaña muy frecuentemente de hipertonia generalizada y un breve período de pérdida de la conciencia. De forma habitual, estas manifestaciones clínicas ocurren después de una apnea en fase espiratoria relacionada con un sollozo o un grito. Son más frecuentes en lactantes y preescolares.

De acuerdo con las variadas manifestaciones clínicas que hemos expuesto, resulta evidente que no siempre es fácil diferenciar una crisis vagal, de una crisis de naturaleza epiléptica. Debido a lo anterior es que desde hace varios años⁶ se ha introducido un método diagnóstico complementario que es la denominada prueba de la compresión de los globos oculares, con el objetivo de provocar el reflejo oculocardíaco. Esta estimulación se efectúa comprimiendo firmemente los globos oculares por debajo del reborde orbitario durante 10 s (figura 1); algunos recomiendan un tonómetro.¹ Este reflejo está constituido en su vía aferente por la rama oftálmica del trigémino y en su vía eferente por el neumogástrico o vago (figura 2). Es indispensable registrar de forma simultánea el electroencefalograma y el electrocardiograma y cuando sea posible el neumograma (registro de la respiración). Se observará la respuesta en el electrocardiograma: una pausa cardíaca mayor de 5 s sugiere una hipersensibilidad vagal.⁷ En el neumograma podrán advertirse las modificaciones respiratorias, si existiesen. En el electroencefalograma se apreciarán alteraciones en algunos casos: ondas lentas y períodos de silencio eléctrico cerebral (figura 3).

Atendiendo al número de pacientes estudiados de forma sistemática desde 1974 (más de 500),⁸ hemos podido comprobar que a mayor duración de la pausa cardíaca, se hacen más evidentes las modificaciones del electroencefalograma.

Debemos señalar que, hasta el momento actual, la pausa cardíaca de mayor duración fue de 37 s y que no hemos tenido ningún inconveniente con la realización de esta prueba;⁴ no obstante, siempre contamos con la colaboración del Servicio de Anestesiología de nuestro hospital, aunque hasta ahora no ha sido necesaria su intervención. No recomendamos efectuar esta prueba en pacientes con miopía.

En relación con los criterios para indicar la prueba de la compresión de los globos oculares, debe enfatizarse que aunque estimamos que es un método efectivo y seguro en el diagnóstico de las crisis vagales, su indicación debe ser racional y lo sugerimos en aquellos casos en que existir du-



Figura 1. Se observa la composición ocular por debajo del reborde orbitario.

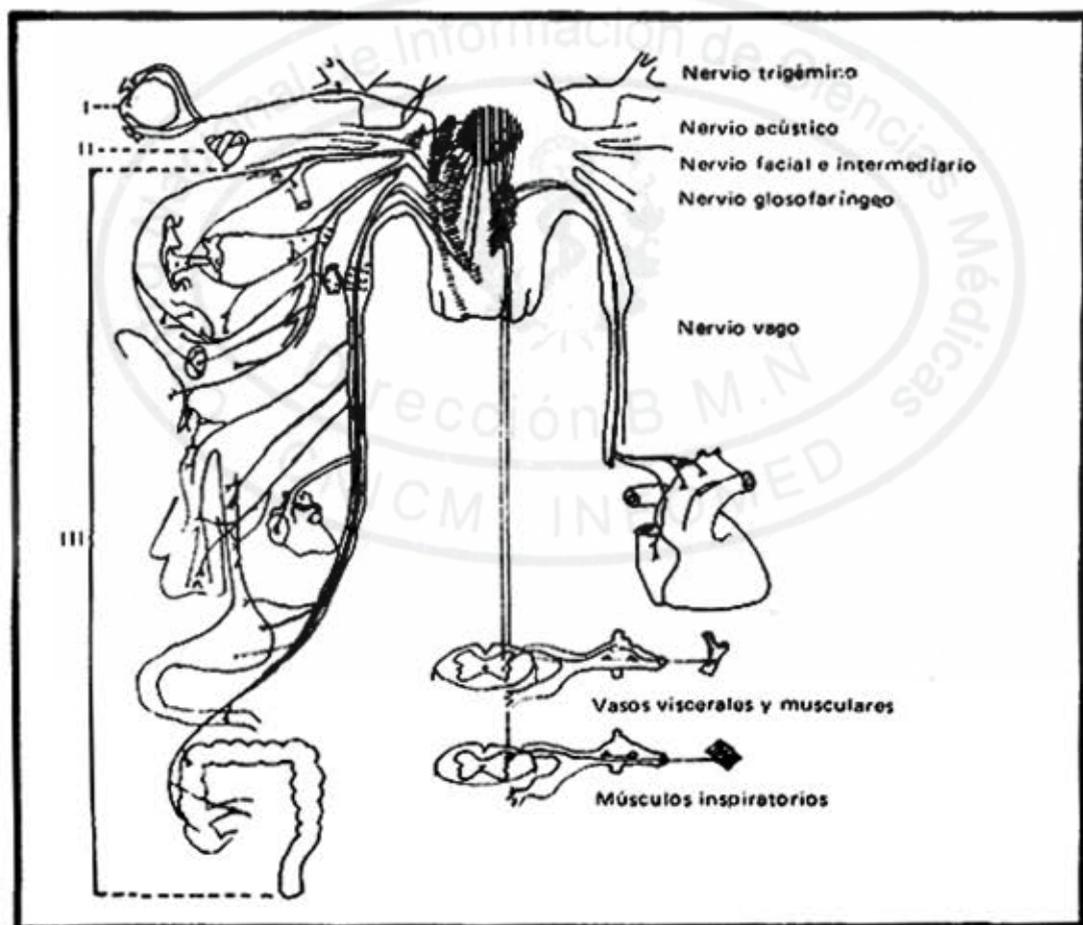
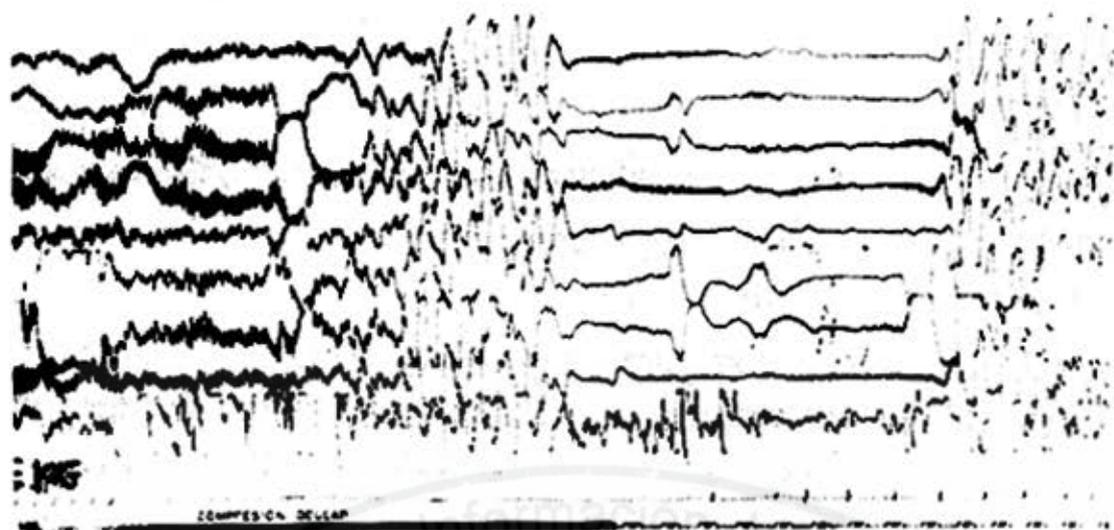


Figura 2. Diagrama que muestra diferentes vías del reflejo sincopal. En I se observa la integración del reflejo oculo-cardíaco (globo ocular-trigémico-vago).



Nota: En el canal del ECG se observa una asistolia con una duración de 12 s, inmediatamente al comenzar la compresión ocular. En el EEG se observan ondas lentas generalizadas, seguidas de un período de silencio eléctrico y posteriormente otra oleada de ondas lentas.

Figura 3. *Electroencefalograma registrado simultáneamente con el electrocardiograma.*

das entre una crisis epiléptica y una crisis vagal. Insistimos en que una valoración clínica detallada es de importancia y nos ayudará a identificar estas crisis.

Una vez que se ha confirmado el diagnóstico de las crisis vagues ¿qué conducta terapéutica deberá seguirse? Si las crisis son muy frecuentes se puede administrar tintura de belladona en los lactantes y niños preescolares y sulfato de atropina (0,01 mg/kg de peso por día) en los niños mayores; ambos medicamentos vagolíticos producen reacciones secundarias muy frecuentemente. En estos casos la atención de la familia debe ser adecuada, pues habitualmente existen trastornos psicológicos asociados (ansiedad, sobreprotección, etcétera).

Antes de finalizar, queremos insistir en que debemos ser muy cuidadosos de no colocar el "rótulo" de epiléptico a un paciente, si no estamos seguros, pues como es obvio, esto puede tener implicaciones terapéuticas, psicológicas y sociales.

BIBLIOGRAFIA

1. *Lombroso, C.T.; P. Lerman*: Breath-holding spells (cyanotic and pallid infantile syncope). *Pediatrics* 39: 563, 1967.
2. *Stephenson, J.B.P.*: Reflex anoxic seizures (white breathholding) non-epileptic vagal attacks. *Arch Dis Child* 53: 193, 1978.
3. *Nelson, W.*: Textbook of Pediatrics. 12th ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1983.
4. *Stephenson, J.B.P.*: Two types of febrile seizure: anoxic (syncopal) and epileptic mechanisms differentiated by oculocardiac reflex. *Br Med J* 2: 726, 1978.
5. *Jordi, I.; D. Pozo*: Presencia de un mecanismo isquémico-anóxico (vagal) en niños con ataques febriles. XIV Congreso Panamericano de Pediatría, La Habana, noviembre, 1984.
6. *Gastaut, H. V. Gastaut*: Syncopes et convulsions. A propos de la nature syncopale de certains spasmes du sanglot et de certaines convulsions essentielles hypertermiques ou a froid. *Rev Neurol* 96: 158, 1957.
7. *Pozo, D.*: The EEG in the diagnosis of Reflex (vagal) anoxic cerebral seizures in children. 5th Annual Meeting of EEG and Clinical Neurophysiology, Konopiste, Czechoslovakia, 1981.
8. *Pozo, D.*: Diagnóstico de las crisis anóxicas reflejas (vagales). XIV Congreso Panamericano de Pediatría, La Habana, noviembre, 1984.

Recibido: 18 de enero de 1987. Aprobado: 3 de febrero de 1987.

Dr. Desiderio Pozo Lauzán, Hospital Pediátrico Docente "William Soler" Doble Vía de San Francisco y Perla, Altahabana, Ciudad de La Habana, Cuba.