



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**



---

---

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**ESPASMO DEL SOLLOZO**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

**DIANA CAMARGO BUCIO**

**DIRECTORA: C.D. GEORGINA AVILÉS CORONEL**

MÉXICO D. F.

2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A mi Madre y a mi Padre,  
A mis Hermanas y Hermanos,  
A mi Esposo y a mi Hijo,  
A mi Universidad,  
Y a todos los que participaron en el logro de este gran sueño...  
Gracias*

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	3
1. MANIFESTACIONES DE INCONFORMIDAD EN EL NIÑO .....	4
1.1 Berrinches o rabietas .....	8
2. LLANTO .....	11
2.1 Clasificación .....	12
3. ESPASMO DEL SOLLOZO .....	14
3.1 Clasificación .....	16
3.2 Etiología .....	19
3.3 Fisiopatología .....	20
3.3.1 Deficiencia de hierro y espasmo del sollozo .....	21
3.3.2 Mecanismos fisiológicos .....	21
3.4 Características clínicas .....	22
3.4.1 La forma azul.....	23
3.4.2 La forma pálida .....	24
3.5 Diagnóstico diferencial .....	25
3.8 Tratamiento .....	27
4. MANEJO DEL ESPASMO DEL SOLLOZO DURANTE LA CONSULTA DENTAL PEDIÁTRICA .....	29
5. ORIENTACIÓN A LOS PADRES .....	32
6. CONCLUSIONES .....	34
BIBLIOGRAFÍA .....	36

# INTRODUCCIÓN

Para todas las personas resultan angustiantes los berrinches de los niños, pero cuando el niño no respira y cambia de color puede ser verdaderamente impresionante. Es por eso que abordaremos el tema de espasmo del sollozo para conocer el repertorio de llanto que presenta el paciente odontopediátrico, vamos a reconocer los diferentes tipos de espasmo del sollozo y lo identificaremos para evitar situaciones que salgan de nuestro control al conocer el procedimiento a seguir en caso de que se presente un episodio dentro de la consulta dental pediátrica. Así mismo se mencionará el diagnóstico diferencial para espasmo del sollozo.

Debemos saber que los factores psicológicos modifican las respuestas a diversas situaciones, incluyendo a las enfermedades. Cada fenómeno clínico posee manifestaciones en todos los niveles: celular, anatómico, fisiológico, psicológico, personal, familiar y social. Al querer evitar una situación que provoque tensión excesiva, el niño puede provocar una respuesta de su sistema nervioso y producir una serie de signos y síntomas junto a cambios en su situación social y personal. Algunos de estos trastornos psicósomáticos (enfermedades con una base física válida, pero en gran medida provocadas por factores psicológicos como estrés y ansiedad) llegan a provocar alteraciones en el comportamiento, llegando hasta la pérdida de la conciencia. Es importante saber que el estrés puede provenir de un estímulo interno o externo y generar situaciones ante las que el organismo no responderá apropiadamente debido a que se sobrepasa su capacidad de respuesta, o bien porque los mecanismos de adaptación y de respuesta resultan ineficaces ante tal estímulo.

# 1. MANIFESTACIONES DE INCONFORTO EN EL NIÑO

Nuestro cuerpo se comunica constantemente y no requerimos de palabras para comunicar determinado estado de ánimo o de salud, con sólo ver a una persona podemos suponer qué es lo que le pasa anímicamente. Cuando una persona sufre o está alegre se refleja en su manera de moverse. A este tipo de comunicación se le llama expresión corporal, que como su nombre lo indica, es la expresión del cuerpo.



La expresión corporal, es inherente a todos los seres humanos, aunque estos presenten problemas de desarrollo, coordinación o motricidad siempre hay una parte del cuerpo que se comunica al exterior sin la necesidad de usar palabras. De esta manera los gestos arrítmicos y desordenados, denotan nerviosismo y excitación; además pueden sugerir ansiedad. Poca energía y lentitud de movimientos indican cansancio, melancolía y desaliento.

Los primeros movimientos expresivos del ser humano aparecen desde recién nacido. Generalmente manifiestan inconformidad, acompañan al llanto y junto con él, constituyen una manifestación de dolor, de hambre o de cualquier otra molestia. Los movimientos expresivos abarcan un gran número de articulaciones: la rotación, en el caso del dolor se manifiesta visiblemente en el cuello y la cabeza; principalmente éste es un movimiento instintivo, que no es producto de la imitación ni se modifica con la educación, aunque difiere en énfasis y periodicidad según el carácter de cada individuo, la rotación del cuello y cabeza así como la de las manos, sigue siendo una forma instintiva de encausar un dolor o una preocupación mediante la expresión y el movimiento corporal.<sup>1</sup>

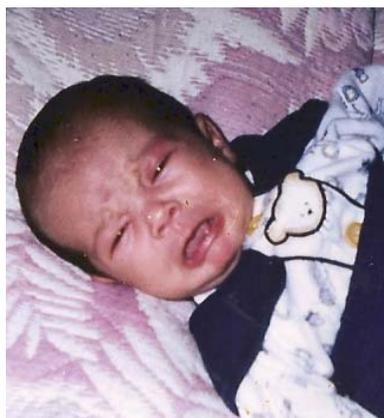


El hecho de volver la cabeza hacia un lado es casi invariablemente interpretado como una señal de aversión o de huida; la pauta completa de huida implica volverse totalmente hacia un lado, con pérdida de todo contacto visual; bajar la cabeza constituye otro eficaz comportamiento de evasión. Darwin, llegó a la conclusión de que las expresiones faciales correspondientes a las emociones básicas de placer, disgusto, furor, miedo, alegría, pena y desgracia, tal vez se hallaban ya presentes al nacer, o

---

<sup>1</sup> <http://www.universidadabierta.edu.mx/Biblio>

aparecen unos pocos meses más tarde y reflejan el despliegue de tendencias innatas que estaban poco influidas por la socialización. La cara de llanto con o sin él, es la más dramática e inequívoca expresión de disgusto o desagrado y se debe considerar como un comportamiento terminal, el último paso de un desarrollo pautado de diversas expresiones faciales indicadoras de creciente desagrado. En primer lugar, la cara se pone seria, se frunce el entrecejo, comienzan a cerrarse parcialmente los ojos cuando se elevan las mejillas y se congestionan, el labio inferior vibra y luego se retraen los labios. Cuando se abre la boca, descienden las comisuras labiales y ya está completa la cara del llanto. Sólo hacia el final de la secuencia, es cuando aparecen las características pausas en la respiración, y el llanto propiamente dicho, estalla, unido a la expresión llorosa.



Tomando las ideas de Flora Davis<sup>2</sup> en su libro *La comunicación no verbal*. Se incluyen a continuación algunos ejemplos de cómo el cuerpo expresa estados anímicos que son fáciles de percibir:

---

<sup>2</sup> Davis Flora. La comunicación no verbal. Ed Alianza, España. 1997 pág, 22

**Sorpresa:** Una persona sorprendida eleva las manos por encima de la cabeza o dobla los brazos sólo a la altura de la cara. La superficie de las palmas de las manos se dirige hacia la persona que produce el sentimiento y los dedos rectos se separan. Cuando algunas personas se asombran, se mantienen erguidas, con los brazos rígidos extendidos hacia atrás, con los dedos estirados y separados entre sí. También hay otro pequeño gesto que expresa asombro, se trata de colocar la mano sobre la boca o sobre alguna parte de la cabeza.

**Miedo:** Es la emoción que más fácilmente provoca temblor, aunque también lo produzca un enojo o la alegría intensa. A veces el temblor se da por estados de cólera, mucho antes de que se haya llegado al agotamiento y como también hay ocasiones en que se asocia con una alegría intensa, parece como si cualquier excitación fuerte del sistema nervioso interrumpiera el flujo uniforme de fuerza nerviosa a los músculos.

**Sufrimiento:** Sobre todo el de la mente, se transforma en abatimiento, pena, melancolía y desesperanza. Las personas que sufren una pena excesiva buscan a menudo alivio a través de movimientos violentos y casi frenéticos. Pero cuando su sufrimiento se ve mitigado, en alguna medida, aunque se prolongue, prefieren no moverse en absoluto y permanecen en actitud pasiva e inmóvil o, si acaso, moviéndose de un lado a otro. La circulación se hace lenta, la cara palidece, los músculos se ponen flácidos, los párpados descienden, mejillas y mandíbula caen por su propio peso.

## 1.1 Berrinches o rabietas

Los berrinches o rabietas se han definido de diferentes formas, constituyen un cuadro de corta duración que altera la conducta y es desencadenado por causas leves y diversas.



La representación del choque de la personalidad en desarrollo del niño con la voluntad de sus padres, es el gran deseo de demostrar su poder, de captar atención, y hacer las cosas a su manera. Los berrinches corresponden en época con el periodo de resistencia, el desarrollo del ego y del negativismo, con la agresividad que se presenta en la fase de transición de la lactancia a la independencia; apareciendo de entre los 15 meses de edad a los 3 años.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Herrera Pérez Ma. Del Rocío, Becerril Rocha Rebeca, Montesinos Jiménez Graciela, Cruz Corchado Maricela. El llanto en el recién nacido y lactante. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol 7, Núm. 1-4 Enero-Diciembre 1999. pp. 66

Como causas básicas de los berrinches se mencionan:

- ⊗ Personalidad: En niños determinados, activos y llenos de energía.
- ⊗ Periodo de resistencia y desarrollo del ego: Choque de la personalidad del niño con la voluntad de sus padres.
- ⊗ Deseo de practicar nuevas habilidades: Tomar responsabilidad de hacer las cosas que ha aprendido recientemente.
- ⊗ Facultad de imitar: El niño que ve a sus padres protagonizar escenas.
- ⊗ Sobreindulgencia, sobreprotección y dominación: El niño al que nunca han enseñado lo que es la disciplina y llega a extralimitarse.
- ⊗ Inconsistencia de los padres: Los padres titubean.

En general, se podría decir que la personalidad propia de los niños a esa edad, unido a la fatiga y al aburrimiento que propician el choque entre el yo del niño y los deseos dominantes y perfeccionistas de los padres, causan el berrinche; el cual logra atraer la atención, produce temor en los padres, y los niños obtienen lo que desean descubriendo el modo de preocuparlos. Cuando el niño tiene que superar una etapa difícil en su desarrollo, aparecen manifestaciones de rebeldía y agresividad, lo que significa que está progresando. Al pequeño le cuesta trabajo abandonar las costumbres que tenía cuando era bebé, pero siente la urgencia de ser independiente y enfrentar los retos del crecimiento. Cuando los padres ponen límites a su impulso de libertad, el niño se rebela. Si no consigue hacer su voluntad en ese preciso instante, expresa su inconformidad con un enojo extremo: llora, pega, rompe cosas, grita, patalea, se tira al piso, en pocas palabras, hace

berrinches. Considerando la facilidad que los niños tienen para distraerse, se puede desviar su atención hacia otra cosa en vez de una negativa a todo lo que hacen. No debe de pedirse al niño más de lo que puede dar, debe mantenerse ocupado y ser estimulado a practicar sus habilidades y sentirse orgulloso de lo que puede hacer. Habrá que eliminar las posibles causas del problema.

La mejor forma de tratar un berrinche es ignorarlo, ya que una actividad de indiferencia es un castigo más severo y efectivo que cualquier método disciplinario. Cuando el niño se percata de que no obtiene beneficios con los berrinches, generalmente deja de hacerlos. Las rabietas o berrinches pueden acompañarse de paros respiratorios (crisis de espasmo del sollozo), los cuales se presentan en niños de 1 año y medio de edad a 3 años.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Idem pág. 66

## 2. LLANTO

El ser humano es por naturaleza muy desvalido al nacer y durante bastante tiempo más, viéndose en la necesidad de pedir que se cubran sus necesidades de: alimento, aseo, abrigo, cambios de posición, caricias, compañía, etc.



La intensidad o fuerza con la que el niño lllore, depende de su vigor y temperamento, pero también del de la persona que lo percibe; es así que, puede ser percibido desde con agrado hasta con fastidio y angustia, según la sensibilidad y los conocimientos que tenga al respecto quien lo percibe. La persona que cree que un niño debe permanecer “calladito” y desconoce hasta lo más elemental sobre la interpretación de su llanto quedará sorprendida conforme vaya conociendo algo sobre éste, ya que lo percibirá más intensamente con inseguridad y comenzará a cometer errores capaces de convertir algo fisiológico en anormal y desesperante. El identificar las causas y características del llanto en el niño es muy importante. Herrera y cols,<sup>5</sup> mencionan de acuerdo con Adler, que el primer llanto representa una

---

<sup>5</sup> lb

abrumadora sensación de inferioridad que experimentan de pronto quienes se enfrentan por vez primera a los problemas de la realidad; esta sensación de inferioridad sirve, cuando menos para activar la función respiratoria de los pulmones. Lo primero que necesitamos saber es, que el llanto es el único medio de comunicación que el niño tiene en los primeros meses de vida, antes de aprender a usar la mímica y las palabras. Debemos tomar en cuenta que el llanto casi siempre es la representación de una necesidad.

## 2.1 Clasificación

El llanto se clasifica como:<sup>6</sup>

- (a) Fisiológico: Es el lenguaje de petición, el cual será normal en duración e intensidad si la petición es entendida y atendida por la persona bien instruida en el tiempo adecuado; pero que, se convertirá en anormal (excesivo) si la petición no es resuelta pronto y satisfactoriamente.
- (b) Excesivo primario: Según Wessel, es aquel que se presenta en un niño saludable y bien alimentado, que tiene paroxismos de llanto que duran un poco más de tres horas al día, más de tres días a la semana, sin que se encuentre causa; se involucra desde el llanto de tipo temperamental (no necesariamente patológico ni atribuible a auténtico dolor), hasta el clásico cólico infantil.
- (c) Excesivo secundario: Es al cual se le encuentra la causa; aunque es claro que se trata del llanto excesivo prolongado, al hablar del secundario no puede dejar de mencionarse el llanto agudo que se presenta en un niño habitualmente tranquilo y al cual es obligatorio buscarle pronto la causa.

---

<sup>6</sup> lb

La etiología del llanto excesivo prolongado continuo o paroxístico, se clasifica así: la relacionada con el alimento, las extrínsecas al niño derivadas del ambiente psicosocial en que vive y las intrínsecas.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Herrera Op cit, pp. 61-62

### 3. ESPASMO DEL SOLLOZO

La primera descripción del espasmo del sollozo fue hecha por Culperer en 1616, pero las primeras publicaciones pediátricas empiezan a aparecer en el siglo XIX por Rillier y Bathes 1843 y Megis en 1848 luego se define con mayor precisión en los trabajos de Huntiel, Marfan y Comby; este último describe que algunos llegan incluso a la apnea y pérdida del conocimiento, otros tienen verdaderos espasmos de la glotis, o tetania o más a menudo contracciones generalizadas. En 1904 Neurman e Hibrain describieron la enfermedad y en 1911 este último lo denomina convulsiones afectivas respiratorias. En 1932 R. Debre propuso el término espasmo del sollozo que destaca la circunstancia esencial en que aparece el trastorno.<sup>8</sup>



Los trabajos neurofisiológicos más importantes corresponden a Gestaut, C. Lombroso y otros quienes definen dos formas clínicas con sus relatos fisiopatológicos, la forma cianótica y la pálida. En 1972 Livingston propone una lista de incidentes que desencadenan en el niño el espasmo del sollozo, entre ellos: golpes en la cabeza, sustos, enojos, disgustos, demanda de atención, heridas, resistencia a ser examinado por un médico o el ser forzado a hacer algo que no quiere.

---

<sup>8</sup> [http://www.copeson.org.mx/medicos/espasmo\\_de\\_sollozo.htm](http://www.copeson.org.mx/medicos/espasmo_de_sollozo.htm)

El trastorno suele aparecer en niños sanos, con un crecimiento normal y un desarrollo intelectual y general excelente.<sup>9</sup>

El espasmo del sollozo (*breath-holding spells*) recibe nombres populares tales como berrinches, esmorecimiento o que el niño se privó. Se define como “un episodio recurrente dramático, involuntario que ocurre en niños sanos usualmente menores de cinco años y que se presenta ante situaciones que provocan enfado, dolor o frustración”<sup>10</sup> en los cuales, el llanto culmina con una espiración seguida de apnea transitoria y eventualmente hipotonía con pérdida de conciencia e incluso convulsiones.



Se describen dos tipos: pálido y cianótico; es un evento súbito no epiléptico. Generalmente se inician antes del primer año de edad, pero pueden presentarse más tarde, algunos niños presentan el primero a muy temprana edad más o menos a los dos meses. Usualmente los episodios de espasmo del sollozo cianóticos se dan en los neonatos y hasta los 18 meses de edad. Los episodios pálidos se presentan de los 12 a los 24 meses. A los dos años de edad, casi todos los niños ya tuvieron su primer episodio. Generalmente tienden a desaparecer espontáneamente alrededor de los cuatro años de edad y es muy raro observarlos después de los seis años.

---

<sup>9</sup> Fejerman N. (1997). Neurología Pediátrica: Editorial Médica Panamericana. pág, 532

<sup>10</sup> <http://www.psicologoinfantil.com/articulos/espasmodelsollozo.htm>

Los episodios pueden ocurrir varias veces al día o bien una vez al año. Comúnmente los pacientes tienen varios episodios por semana, entre uno por día y uno por mes. La mayor frecuencia se observa en el segundo año de vida.<sup>11</sup>

### 3.1 Clasificación

Las crisis de espasmo del sollozo son descritas de dos formas:

- a) **Cianótica:** Con más frecuencia en la frustración, se presenta en niños enérgicos y activos, que tienden a reaccionar en forma colérica y oponerse en las circunstancias más insignificantes, estos niños son dominantes y es frecuente que el espasmo se dé cuando se trata de obligar al niño a hacer algo que no quiere hacer, por ejemplo comer.<sup>12</sup> El niño emite dos o tres chillidos fuertes y después detiene el aliento en espiración, en los casos ligeros la apnea dilata de cinco a diez segundos, el niño se pone azul y después se recupera. En los casos ligeramente más intensos el niño retiene el aliento por más tiempo, se observa agudamente cianótico, existe pérdida del conocimiento asociada a varias sacudidas clónicas generalizadas. La cabeza y los talones se doblan hacia atrás, el cuerpo se arquea hacia delante (opistótonos), palidece y se pone flácido, entonces se escucha un llanto débil seguido de uno más vigoroso y después de un cierto momento de confusión se normaliza nuevamente.

---

<sup>11</sup> Robert Jennette, Md Web Exclusive Breath-Holding Spells In Children. How To Distinguish The Benign Type From Serious Conditions. / May 2002 / Postgraduate Medicine

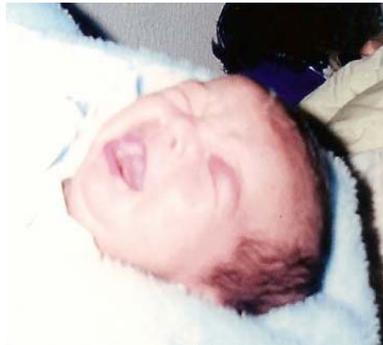
<sup>12</sup> <http://www.psicologoinfantil.com/articuloespasmodelsollozo.htm>

Si la apnea se prolonga durante más de treinta segundos el niño se pone rígido y convulsiona en forma similar a la epilepsia, durante estas crisis se detecta una marcada bradicardia; la recuperación es inmediata después de uno a dos minutos. Cuando estas crisis se deben al dolor es poco probable que se repitan a menos que exista un factor que las provoque. El espasmo del sollozo cianótico suele ser previsible y se desencadena por enojo, represión o frustración, es una reacción exagerada a un estímulo por capricho.



**b) Pálida:** Con más frecuencia en el dolor, ansia o fobia repentina; los niños afectados por este tipo de crisis son emotivos, miedosos, tímidos y dependientes. El niño se pone pálido e hipotónico inmediatamente después de experimentar cierto malestar (típicamente se desencadena por una experiencia dolorosa como una caída, un golpe en la cabeza o un susto repentino, las circunstancias son inesperadas y desagradables), y permanece inconsciente sin presentar cianosis, usualmente sin que se escuche llanto previo; es parecido a un desmayo, a un ataque vasovagal o a un síncope.

El diagnóstico diferencial es importante, mismo que se basa esencialmente en la historia clínica, y se debe diferenciar de la epilepsia.<sup>13</sup>



### Cuadro comparativo

	<b>Cólera Frustración</b>	<b>Dolor</b>	<b>Hipotonía</b>	<b>Convulsiones</b>	<b>Pérdida del conocimiento</b>
Cianótico	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Pálido	No	Sí	Sí	No	Sí

---

<sup>13</sup> lb

## 3.2 Etiología

Algunos autores señalan que la etiología del espasmo del sollozo no está definida y lo consideran dependiente de las características conductuales del niño y de los problemas de interacción con el medio familiar que facilitan la repetición de los episodios. Reportan también problemas en la relación padre-hijo en un 88% de niños con espasmo del sollozo. Se menciona que dejar a los hijos al cuidado de otras personas es un factor de importancia para que los padres los sobreprotejan y exista inconsistencia en el manejo de la conducta.<sup>14</sup>

Los factores precipitantes del espasmo del sollozo más frecuentes son:<sup>15</sup>

- ⊗ Enojo
- ⊗ Frustración
- ⊗ Berrinches
- ⊗ Sorpresas desagradables
- ⊗ Golpes

Los niños con espasmo del sollozo se describían como caprichosos, desobedientes o agresivos; sin embargo, en 1993 Di Mario y Burleson<sup>16</sup> no encontraron diferencias entre los perfiles de conducta de los niños con y sin espasmo del sollozo. Generalmente existen antecedentes en la familia de historial similar, pero hay que destacar que la base psicológica y emocional del niño y su familia es lo que más condiciona la presencia de espasmos del sollozo. También deben tomarse en cuenta una disposición genética o

---

<sup>14</sup> García, G.V., Mendoza, C. J. F., Valdepeña, R. G. Evaluación neurológica y electroencefalográfica de 100 pacientes con espasmo del sollozo en terapia psicológica. XXIII Congreso Internacional de Psicología. 1984

<sup>15</sup> [http://www.peds.arizona.edu/.../Sleep \*\*disordered Breathing\*\* in \*\*Children\*\*.pdf](http://www.peds.arizona.edu/.../Sleep_disordered_Breathing_in_Children.pdf)

constitucional y la existencia de características familiares e individuales que acentúen la intensidad y la frecuencia de una respuesta anormal ante estímulos habituales.<sup>17 18 19</sup>



### 3.3 Fisiopatología

El espasmo del sollozo representa una interrelación entre el control respiratorio del sistema nervioso central, el sistema nervioso autónomo y el cardiopulmonar. En los episodios pálidos, tiene mayor implicación el aspecto cardíaco que el vagal.

La fisiopatología de los episodios cianóticos es más difícil de explicar, pero el factor principal parece ser la hiperventilación seguida de la maniobra de valsalva que reduciría el retorno venoso disminuyendo el flujo sanguíneo cerebral. El espasmo del sollozo puede ser causado por una disfunción

---

<sup>16</sup> Di Mario FJ Jr, Burlison JA . Behavior profile of children with severe breath – holding spells. J Pediatr 1993;122(3) pág, 489

<sup>17</sup> Breukels MA, Plötz FB, Nieuwenhuitzen O, Diemen JA. Breath – Holding spells in a 3- Day- old neonate: An unusual early presentation in a family with a history of breath holding spells. Neuropediatrics 2002; 33: 41 – 42

<sup>18</sup> Di Mario FJ, Sarfarazi M. Family pedigree analysis of Children with severe breath-holding spells. Journal of pediatrics 1997; 130: 674-651

<sup>19</sup> Fejerman Op cit, pág, 534

autonómica; se ha observado en niños con episodios pálidos, la caída de la presión sistólica. Pacientes con episodios cianóticos tienen aumento significativo de la frecuencia cardíaca y un descenso de la presión diastólica cuando pasan de posición horizontal a vertical.<sup>20</sup> Si bien la fisiopatología del espasmo del sollozo no está del todo aclarada se sabe que hay niños que responden a ciertos estímulos en forma negativa, siendo clara la naturaleza involuntaria de estos episodios.

### 3.3.1 Deficiencia de hierro y espasmo del sollozo

La contribución de la anemia en el espasmo del sollozo es controvertida. En 1963 se encontró primero que pacientes con espasmo del sollozo severo tenían más baja concentración de hemoglobina que otros niños control, luego se vio que en niños tratados de anemia el número de episodios descendió. También se hicieron especulaciones acerca de que niños con anemia tenían menor oxigenación cerebral por lo que eran más susceptibles a presentar espasmo del sollozo que otros niños que no eran anémicos.

### 3.3.2 Mecanismos Fisiológicos

Se han propuesto diferentes mecanismos fisiológicos. En algunos niños con espasmo del sollozo, especialmente el tipo pálido, un estímulo nocivo puede llevar a una inhibición cardíaca mediada desde el sistema nervioso central (SNC) a través del nervio vago. Esto, a su vez, puede inducir bradicardia o una breve asistolia y una pausa respiratoria subsecuente. De forma similar, los episodios cianóticos pueden ser causados por inhibición central de los movimientos respiratorios, también mediados por el nervio vago. En ambas

---

<sup>20</sup> <http://www.psicologoinfantil.com/articuloespasmodelsollozo.htm>

situaciones, se presenta hipoxia cerebral. En otros pacientes, el problema puede ser genético, resultando en una desregulación generalizada del sistema nervioso autónomo. Algunos autores han estudiado el rol de la sensibilidad del SNC a la hipoxia y la hipercapnia, como también las anormalidades en los reflejos pulmonares y en la mecánica pulmonar.<sup>21</sup>

En 1967 Vázquez<sup>22</sup> clasificó los síntomas en grados de espasmo del sollozo, denominando:

1° Apnea.

2° Asociación apnea y cianosis.

3° Apnea – cianosis – pérdida de la conciencia.

4° Convulsiones

### 3.4 Características Clínicas

El trastorno aparece en niños sanos cuyo crecimiento es normal y tiene un desarrollo general e intelectual óptimo. La primera crisis se produce con mayor frecuencia entre los 6 y los 8 meses; pero de acuerdo con Lombroso, puede aparecer en un periodo muy precoz, en la primera semana de vida o inmediatamente después del parto. Es raro, pero no imposible, que comience en un periodo tardío, cuando el niño tiene más de 2 años.

---

<sup>21</sup> [http://www.copeson.org.mx/medicos/espasmo\\_de\\_sollozo.htm](http://www.copeson.org.mx/medicos/espasmo_de_sollozo.htm)

<sup>22</sup> Fejerman Op cit, pág 534

### 3.4.1 Forma azul:

Es la más frecuente (cianótica o azul) y responde a la descripción clásica. El niño comienza a sollozar ruidosamente cuando lo contrarían o siente un dolor, cuando lo reprenden o tropieza con una negativa que suscita su cólera. La respiración se hace cada vez más rápida y el tórax se bloquea en inspiración forzada y en apnea después de una última sacudida con estridor. La apnea se prolonga, contrariamente a lo que ocurre en el desmayo común. Surge una cianosis que enseguida se intensifica y extiende; el niño pierde la conciencia y cae flojamente.



En algunos casos, hay revulsión de los globos oculares. El ataque culmina a veces en una convulsión generalmente tónica, con sacudidas clónicas eventuales, puede haber, o no, incontinencia de orina. La pausa respiratoria dura algunos segundos, o un minuto en la forma más grave. Los fenómenos convulsivos son menos frecuentes en la forma azul que en la pálida.

### 3.4.2 Forma pálida:

Esta representa, según Lombroso, el 19 % de los casos, y su factor desencadenante es muy diferente. Suele ser un dolor provocado, por ejemplo, por un traumatismo, sobre todo un golpe en la cabeza, o una emoción (miedo). En general, se trata de una circunstancia inesperada y desagradable. En forma casi inmediata, o después de emitir un grito leve y apenas esbozado, el niño palidece y cae en estado de síncope.



La convulsión, que aparece con frecuencia, se produce casi enseguida y ocurre en hipertonia o, a menudo, en epistótonos. A esto pueden añadirse algunas sacudidas clónicas. Debido a la corta duración de los fenómenos prodrómicos, la pérdida de la conciencia y la convulsión ocupan el primer plano. En otros casos, el estado de síncope se acompaña de hipotonía.

Existen crisis mixtas difíciles de clasificar en las que se suceden las formas azul y pálida. Sea cual fuere la forma clínica que adopte, la crisis siempre dura algunos segundos o un minuto. El niño recupera rápidamente la conciencia y parece estar un poco abatido; en ciertos casos se duerme

después de la crisis. Cuando reanuda su actividad, no recuerda aparentemente la contrariedad desencadenante. En algunas oportunidades comienza a llorar, pero la crisis no se repite. El ritmo de las crisis es variable; algunos aparecen en forma muy episódica, otras son cotidianas o se repiten varias veces al día. Es bastante frecuente que se produzcan en condiciones desencadenantes similares, incluso idénticas.<sup>23</sup>

### 3.5 Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial es fácil de establecer con base en la historia clínica y la descripción del episodio.<sup>24</sup> Holmes considera que, la llave de diagnóstico es la asociación de ataque y llanto que se inicia con una fase de apnea seguida de inconsciencia.<sup>25</sup>



---

<sup>23</sup> Lombroso Opcit, pág 567

<sup>24</sup> Mendoza, C.J.F. (1987, Noviembre) Espasmo del sollozo y su diagnóstico diferencial de las crisis convulsivas. Memorias del XI Congreso Anual de la Academia Mexicana de Neurología. Chih. México

<sup>25</sup> Holmes, G.L. (1988) Breath – holding Attaks in children. Posgrad Medicine. pág 194

El principal padecimiento con el que hay que hacer diagnóstico diferencial es la epilepsia, que puede aparecer en todas las edades, generalmente no tiene un evento precipitante y que puede también ocurrir durante el sueño. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con cardiopatías congénitas, apneas de otra etiología, por neumonías de origen viral, neumopatías de etiología diversa o por efectos secundarios a enfermedad por reflujo gastroesofágico, además de las causas de síncope infantil.<sup>26</sup>

A continuación se presenta un cuadro comparativo de las diferencias entre el espasmo del sollozo, convulsiones generalizadas y trastornos cardiacos.<sup>27</sup>

CARACTERÍSTICAS	ESPASMO DEL SOLLOZO	CONVULSIONES	CARDIOPATÍAS
EDAD DE COMIENZO	Lactantes	Rara vez lactantes	Variable
HISTORIA FAMILIAR	A veces	No	No
EVENTO PRECIPITANTE	Presente	Ausente	Ausente
ESTADO DEL SUEÑO	Despierto	Despierto o dormido	Despierto estresado
PALIDEZ O CIANOSIS	Siempre	Variable	Variable
SACUDIDAS MIOCLÓNICAS	Variables escasas	Comunes	Ausentes
INCONTINENCIA	Rara	Común	Ausente

---

<sup>26</sup> García, Op cit.

<sup>27</sup> Robert , Op cit.

### 3.6 Tratamiento

Los niños presentan conductas que son agresivas para los padres, y estos a su vez intentan hacer frente a estas conductas negativas del niño mediante respuestas nocivas similares (gritos, regaños, golpes). La mejor forma de prevenir un ataque es una actitud de tranquilidad y firmeza. Se pueden producir cambios en el comportamiento infantil sin trabajar directamente con el niño. El trabajo directo con los padres constituye una estrategia de intervención terapéutica importante y económica. La conducta de los padres modificará a menudo el comportamiento de su hijo y el cambio que comience a observarse en la conducta de este servirá como reforzador para mantener los cambios producidos en la conducta de los padres.<sup>28</sup>

Según Holmes el mejor tratamiento para los ataques de espasmo del sollozo, es dar confianza a los padres para originar un cambio de actitud en la conducta de los niños por medio de técnicas conductuales como:

- ⊖ Extinción: Se refiere a simplemente ignorar. Una respuesta sometida a la extinción decrece en frecuencia eventualmente, hasta ser eliminada. Puede utilizarse como técnica principal pero la extinción se mejora cuando se combina con el refuerzo positivo ya que este desarrolla una conducta que sustituye a la que se quiere eliminar.
- ⊖ Refuerzo positivo: Es el incremento en la frecuencia de una respuesta que sigue a la presentación de un reforzador positivo. Existen reforzadores sociales tales como los elogios verbales, la atención, el contacto físico (palmaditas, caricias afectuosas o de aprobación y tomar la mano), expresiones faciales (sonrisas, contacto visual, movimientos

---

<sup>28</sup> Blackman, G.J. Silberman, A. Como Modificar la Conducta Infantil. Argentina 1980. Ed. Kapelusz pp. 193-206

afirmativos con la cabeza y guiños). Estos son reforzadores condicionados.

⊕ Modelamiento para la enseñanza de nuevas conductas: Es el entrenamiento de un individuo para que se ocupe en respuestas alternas que reemplacen a la respuesta que se va a controlar o a eliminar.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Figueroa Duarte Ana Silvia. El espasmo del sollozo y su manejo con técnicas conductuales. Universidad de Sonora. México 1991 s/ Ed. pp. 9, 24-27

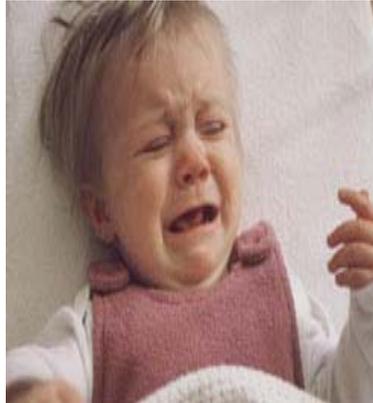
## 4. MANEJO DEL ESPASMO DEL SOLLOZO DURANTE LA CONSULTA DENTAL PEDIÁTRICA

Existen tres factores importantes para el cirujano dentista ante una situación de espasmo del sollozo:

1. Mantener una actitud abierta a la causa del proceso que padece el niño y al sufrimiento de sus padres más que sólo ser observador de los síntomas como manifestaciones orgánicas o psicológicas de forma separada.
2. Los aspectos psicosociales de las diversas etiologías posibles para el proceso de espasmo del sollozo deben examinarse conjuntamente con los aspectos fisiológicos implicados en el problema clínico desde un principio.
3. El cirujano dentista tiene la oportunidad de actuar como un modelo para los padres y para el niño acerca de la conducta a seguir cuando el espasmo del sollozo se presenta.

Es importante saber que el desarrollo del niño y las alteraciones psicológicas de éste se centran alrededor de la relación del niño con su familia ya que su vida empieza en intimidad con la madre y es ella quien está más directamente involucrada en su cuidado y crianza durante los primeros años. Dado que el niño presentará urgencias a cualquier edad, el profesional debe conocer básicamente lo que puede esperar de un niño según su edad y personalidad, para adaptar su situación de acuerdo a estas, conseguir dominar la situación y solucionar la urgencia.

En todos los casos, va a ser importante una correcta relación con los padres que son los que aportan datos precisos acerca del niño y colaboran en el tratamiento.



Es conveniente el uso de procedimientos conductuales para eliminar problemas comunes de conducta identificados en la consulta pediátrica en consultorios, así como analizar el ambiente médico y sus efectos en los niños. La atención médica suele incluir procedimientos que pueden tener efectos conductuales y psicológicos muy profundos en el paciente pediátrico. Es fundamental educar a los padres sobre la naturaleza de los espasmos del sollozo y aliviar la ansiedad de los mismos para evitar la sobreprotección y la manipulación de los padres por parte del niño. Se recomienda una plática con el pediatra o una consulta psicológica. Si el niño presenta episodios de espasmo del sollozo durante la consulta dental, es probable que se esté manejando conductualmente de forma equivocada y el niño esté utilizando el espasmo como una forma de comunicación, intentando llamar la atención de los familiares. Recordemos que el llanto es una forma de comunicación infantil; si se acude inmediatamente para proporcionarle gratificantes al niño en caso de llanto intentando reducir el número de espasmos, es probable que se produzca un efecto contrario incrementando el número de estos. Es

muy probable que el espasmo del sollozo se presente durante la atención dental, si esto ocurre el único tratamiento a seguir es dejar que transcurra el episodio, cuidando que el niño no se lastime. Está contraindicado tomar medidas como mojar al niño, introducir objetos en su boca, golpearlo o hacer maniobras de reanimación ya que son innecesarias por que el padecimiento no pone en riesgo la vida del paciente.

Se debe proceder de la siguiente manera:

- ⊗ Mantener la calma.
- ⊗ Suspender el tratamiento.
- ⊗ Retirar los objetos que tenga en la boca.
- ⊗ Colocar al paciente de lado y alejarlo de los objetos con los que se pueda golpear.
- ⊗ No intentar detener el espasmo.
- ⊗ Alejarse un poco del niño observándolo de forma indirecta, haciéndolo pensar que no se le presta atención al evento.
- ⊗ Acercarse al niño al término del espasmo y explicarle de manera firme que vamos a continuar con el tratamiento.

Se deben evitar:

- ⊗ Maniobras de reanimación.
- ⊗ Golpear al niño ya que los golpes no detendrán el espasmo y mostrarán cuánto nos enoja su comportamiento y reforzaría la conducta.
- ⊗ Introducirlo en el agua o salpicarle la cara con esta, por el riesgo de bronco aspiración y complicaciones pulmonares mayores.
- ⊗ Introducir objetos en su boca, ya que corre el riesgo de sofocación.

## 5. ORIENTACIÓN A LOS PADRES

Cuando sabemos que el espasmo del sollozo es un suceso espontáneo que no pone en riesgo la vida del niño y sabemos que es desencadenado por una circunstancia que al niño le desagrada, podemos tener algunas herramientas para manejarlo. Nos sentiremos más tranquilos y seremos más eficaces al actuar cuando este se presente.

Estas son algunas posibilidades de conducta a seguir para los padres:

- ⊗ Dar opciones: Cuando el niño es pequeño y el berrinche apenas comienza, podemos distraer su atención hacia otra cosa. Es una táctica que funciona algunas veces, pero no muy a menudo.
- ⊗ Comprender: Si la pataleta ya inició, se debe intentar comunicarle al niño que comprendemos su enojo.
- ⊗ Controlar: Lo más probable es que el niño siga gritando, entonces tenemos que ayudarlo a controlarse, cargarlo con firmeza pero con cariño para mantenerlo quieto y decirle que cuando se calme podremos hablar.
- ⊗ Ignorar: El niño no puede pelear por mucho tiempo si no tiene un contrincante que le responda. Podemos ignorar el suceso y acompañar al niño en el problema de diversas maneras, quedarnos junto a él sin decir nada y esperar hasta que el llanto baje de intensidad. Seguir con nuestras actividades después de asegurarnos que el pequeño no pueda lastimarse o hacer daño a otros y dejarlo pataleando en otro cuarto unos minutos (sin

encerrarlo). Cualquier método para ignorar funciona, si no agredimos al niño.

- ⊖ Consolar: En cuanto el pequeño se tranquilice, debemos abrazarlo, acariciarlo y ayudarle a encontrar una solución.
- ⊖ Hablar: Después de los dos años, cuando el niño sea capaz de entender, tratemos de explicarle que comprendemos lo difícil que es no poder hacer o tener las cosas que quiere. Él se está preparando para que cuando sea más grande pueda decidir lo que le conviene hacer o tener y lo que no. Mientras crece, a veces está bien protestar, aunque perder el control puede llevarlo a lastimarse y a sentirse mal.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> <http://www.nosotros2.com/articulosBebe.asp>

## 6. CONCLUSIONES

La primera crisis de espasmo del sollozo puede presentarse a edades muy tempranas y en muchos de los casos persistirá hasta los cinco o seis años, después son raros los casos de niños que continúan sus crisis. Por impresionante que sea la crisis, y aún si está acompañada de convulsiones, la vida del niño no corre peligro. En la forma cianótica se trata de niños enérgicos y activos, con marcada tendencia a reaccionar en forma colérica y opositora en las circunstancias más insignificantes. La forma pálida sigue a una experiencia emocional de índole dolorosa, ansiosa o fóbica, no placentera y repentina a la vez. Se produce al comenzar el sollozo, este es interrumpido de inmediato por la crisis. En general, son niños emotivos, miedosos, tímidos y dependientes. Observar un espasmo del sollozo provoca un intenso temor, lo más importante es asegurar a los padres que se trata de un evento benigno que el niño va a superar con el tiempo y manejo de conducta adecuados.

Es fundamental educar a los padres sobre la naturaleza del espasmo del sollozo ya que estos por temor pueden intentar prevenir todo conflicto o desagrado en la vida del niño y como consecuencia consentir en exceso a los niños o no utilizar una disciplina apropiada para calmarlos y provocar problemas de conducta. No obstante cuando un niño con espasmo del sollozo se enoja y comienza a llorar, deben realizarse ciertas acciones (como distraerlo) para calmarlo. Cuando a pesar de estas medidas el episodio ocurre, todo lo que se requiere es observar al niño y prevenir traumatismos. Debe evitarse expresar temor delante del niño, sencillamente hay que ignorar el evento para que el niño se dé cuenta que no consigue nada con esa conducta, ni siquiera atención. Así mismo, se trata de un trastorno en el cual la reacción de los adultos que rodean al niño (principalmente de la madre) es un componente integral del suceso, que desaparece cuando cambia la respuesta habitual del medio.

Se propone como tratamiento la extinción y el reforzamiento social, considerando que la extinción es un procedimiento conductual útil para decrementar la conducta indeseada y tiene un efecto duradero. Por otra parte el reforzamiento positivo es totalmente satisfactorio para fortalecer conductas deseadas. El cirujano dentista debe estar capacitado para reconocer, diferenciar y proporcionar el tratamiento adecuado para cada una de las urgencias que se puedan presentar durante la atención dental.

## BIBLIOGRAFÍA

Blackman, G.J. Silberman, A. Como Modificar la Conducta Infantil. Argentina 1980. Ed. Kapelusz pp. 206 pp.

Breukels MA, Plötz FB, Nieuwenhuitzen O, Diemen JA. Breath-Holding spells in a 3- Day- old neonate: An unusual early presentation in a family with a history of breath holding spells. *Neuropediatrics* 2002; 33: 41 – 42

Charelli C, Ferreira F, Pérez M. El espasmo del sollozo. La Rioja Argentina. 2000 pp. 1 -9

Davis Flora. La comunicación no verbal. Ed Alianza, España. 1997 pp. 20-55

Di Mario FJ Jr. Burleson JA . Behavior profile of children with severe breath – holding spells. *J Pediatr* 1993;122(3):488 – 91

Di Mario FJ, Sarfarazi M. Family pedigree analysis of Children with severe breath-holding spells. *Journal of pediatrics* 1997; 130: 674-651

Fejerman N. (1997). Neurología Pediátrica. Editorial Médica Panamericana. 682 pp.

Figueroa Duarte Ana Silvia. El espasmo del sollozo y su manejo con técnicas conductuales. Universidad de Sonora. México 1991 85 pp.

García, G.V., Mendoza, C. J. F., Valdepeña, R. G. Evaluación neurológica y electroencefalográfica de 100 pacientes con espasmo del sollozo en terapia psicológica. XXIII Congreso Internacional de Psicología. 1984

Herrera Pérez Ma. Del Rocío, Becerril Rocha Rebeca, Montesinos Jiménez Graciela, Cruz Corchado Maricela. El Illanto en el recién nacido y lactante. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol 7, Núm. 1-4 Enero-Diciembre 1999. pp. 61-67

Holmes, G.L. (1988) Breath – holding Attaks in children. Posgrad Medicine. pp . 191 – 198.

Robert Jennette, Md Web Exclusive Breath-Holding Spells In Children. How To Distinguish The Benign Type From Serious Conditions. May 2002 Postgraduate Medicine

Lombroso CT. Lerman P. Breath Holding Spells (cyanotic and pallid infantile syncope). Pediatrics. (1967)

Mendoza, C.J.F. (1987, Noviembre) Espasmo del sollozo y su diagnóstico diferencial de las crisis convulsivas. Memorias del XI Congreso Anual de la Academia Mexicana de Neurología. Chih. México

Torroella JM. Pediatría. 2ª ed. México. 1982 112 pp.

<http://www.psicologoinfantil.com/articuloespasmodelsollozo.htm>

<http://www.universidadabierta.edu.mx/Biblio>

<http://www.nosotros2.com/articulosBebe.asp>

[http://www.copeson.org.mx/medicos/espasmo\\_de\\_sollozo.htm](http://www.copeson.org.mx/medicos/espasmo_de_sollozo.htm)

[http://www.peds.arizona.edu/.../Sleep disordered Breathing in Children.pdf](http://www.peds.arizona.edu/.../Sleep%20disordered%20Breathing%20in%20Children.pdf)