



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**MANEJO DEL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO CON
ESPASMO DEL SOLLOZO.**

TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL DIPLOMADO DE
ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

MARÍA ISABEL GARCÍA HERNÁNDEZ

TUTOR: Esp. ALEJANDRO HINOJOSA AGUIRRE

MÉXICO, D.F.

2013



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.

Al Dr. Alejandro Hinojosa Aguirre por sus sugerencias y comentarios en la elaboración de este trabajo.

Al Dr. Luis Miguel Mendoza José por sus sugerencias y comentarios en la elaboración de este trabajo.

A la Dra. Emilia Valenzuela Espinoza por su enseñanza y gran apoyo.

A mi mamá y hermanas por su apoyo incondicional.



ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	4
2.OBJETIVO.....	4
3. ANTECEDENTES.....	5
3.1 Clasificación.....	5
3.2 Etiología.....	7
3.3 Epidemiología.....	7
3.4 Fisiopatología.....	9
3.5 Clínica e historia natural.....	11
3.6 Mecanismos Fisiológicos.....	12
3.7 Características clínicas.....	13
3.8 Evolución.....	13
3.9 Comprensión psicosomática.....	13
3.9.1 Diagnóstico.....	24
3.9.2 Diagnóstico diferencial.....	24
3.9.3 Tratamiento.....	28
4. MANEJO DEL ESPASMO DEL SOLLOZO DURANTE LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA.....	29
5. ORIENTACIÓN A LOS PADRES.....	34
6. CONCLUSIONES.....	38
7.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39



1. INTRODUCCIÓN

El Espasmo del Sollozo (ES) es un trastorno psicosomático que se presentan en infantes a partir de 2 meses y hasta los 6 años de edad, como una manera de comunicar y exigir cambios conductuales y afectivos en su entorno. Los factores desencadenantes de este trastorno son de tipo psicológico, tales como traumatismos, miedo, enojo, frustración o alteración emocional. Se trata de un episodio involuntario que se puede presentar varias veces al año o bien de manera ocasional.

Estas crisis involuntarias se caracterizan por el llanto violento y la interrupción de la respiración, involucrando a los sistemas nervioso central nervioso autónomo y el cardiopulmonar. Esto conduce a una situación alarmante y de angustia de los padres, ya que el niño se puede tornar cianótico o pálido.

El ES, sin embargo, no presenta problemas neurológicos a futuro y el tratamiento consiste en orientación, tanto para los padres como para el personal que trabaja con niños, particularmente con pacientes en edad de presentar crisis de ES, para que aprendan cómo actuar ante tales crisis.

2. OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es difundir la importancia del manejo adecuado de pacientes con espasmo del sollozo durante la consulta odontopediátrica.



3. ANTECEDENTES

El ES fue descrito por primera vez en 1616 por Culper, aunque las primeras publicaciones pediátricas empiezan en el siglo XIX por Rillier y Bathes, en 1843. En 1848 Megis define con mayor precisión. Comby describe que las crisis pueden llegar a la apnea y pérdida del conocimiento. En 1904 Neurman e Hibrarn describen la enfermedad; y en 1911 es denominado como convulsiones afectivas respiratorias. En 1932 R. Debre propuso el término Espasmo del Sollozo, que describe la circunstancia esencial en que aparece el trastorno.¹

En los años 60s Lombroso y Lerman describieron dos formas clínicas de ES: cianótico y pálido¹.

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, resistencia a ser examinado por un médico o a ser forzado a hacer algo que no quiere.²

3.1 Clasificación

El ES se clasifica, de acuerdo a los mecanismos fisiopatológicos, en tipo cianótico y tipo pálido, aunque existe también una mezcla de ambos tipos (ES mixto)³

El ES de tipo cianótico se asocia con ansiedad. Se inicia en el curso de un llanto vigoroso, provocado por la ira, frustración o miedo, el infante llora y deja de respirar en espiración. Aparece cianosis (coloración azulada de la piel), seguida de flacidez y pérdida de la conciencia. Si la crisis solo dura segundos, el infante puede seguir llorando al

despertarse.⁴ Después de un episodio corto el lactante se recupera con rapidez y tiene un aspecto normal al poco tiempo; después de un espasmo prolongado, el lactante despierta y luego se queda dormido.

Una vez que un lactante comienza a presentar espasmos del sollozo, la frecuencia aumenta durante varios meses, después disminuye, y por último, las crisis cesan.⁵



Figura 1. Espasmo del sollozo tipo cianótico
www.babysitio.com/bebe/salud_bebe_espasmo.php

El ES de tipo pálido es mucho menos común que el de tipo cianótico, pero se acompaña de manifestaciones clínicas más severas, por ejemplo después de un trauma craneo cefálico leve o una situación de sorpresa o de temor. El niño casi no presenta llanto, exhala y deja de respirar y pierde el conocimiento, presentando palidez de tegumentos. Los episodios son realmente aterradores. Los pacientes creen invariablemente que el niño está muerto, el niño suele quedarse dormido y al despertar esta normal.⁴



Figura 2. Espasmo del sollozo tipo palido

www.zonapediatrica.com/neurologia/espasmo-del-sollozo.html

3.2 Etiología

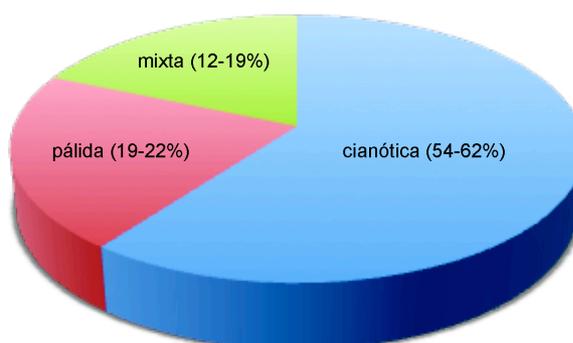
Entre las causas se presenta el enojo, frustración, berrinches, sorpresas desagradables, golpes, sustos, y demanda de atención; así como la anemia ferropénica, ya que la deficiencia de hierro aumenta la susceptibilidad a presentar ES debido a la oxigenación deficiente.⁵

3.3 Epidemiología

La incidencia del ES de aproximadamente 4.6% en la población infantil; puede ocurrir desde el periodo neonatal, aunque la mayor incidencia de primera aparición es entre los 7 y los 12 meses de edad. Generalmente, los episodios del ES tienden a desaparecer espontáneamente alrededor de los cuatro años de edad y es muy raro observarlos después de los seis años.^{6,7}

Se ha llegado a hablar de una prevalencia del 27% para las formas leves y un 1-4% para las severas, aunque, ambas tasas parecen excesivamente elevadas.

Incidencia de los tipos clínicos. La forma cianótica es la más frecuente (54-62%). La incidencia de la forma pálida es de 19-22%, y de la forma mixta de 12-19%.



Grafica 1. Incidencia de los tipos clínicos de espasmo del sollozo. Plata Rueda Ernesto, El Pediatra Eficiente 6ª. edición; Bogota, Editorial medica panamericana, pag. 433.

Edad de inicio. Se inician de forma típica en el segundo año de vida. Diferentes estudios coinciden en la presentación de la primera crisis a los 18 meses de edad (80-87%), con un amplio margen que abarca desde los 3 meses a los 4 años. En el 10-15% de los casos pueden persistir hasta los 5 o 6 años.

Como se puede observar, lo común es que comience, en cualquier caso, dentro del período del proceso psicológico de separación-individualización del niño respecto a las figuras paternas, proceso que presenta un período clave entre el primer y el cuarto año.^{8,9}

Frecuencia. Pueden ocurrir desde varios episodios al día hasta uno al mes o menos. La evolución más frecuente se puede dar en pleno proceso de individualización, durante el segundo año de la vida, con una disminución progresiva y espontánea de las crisis después, se observan antecedentes familiares en el 20-30% de los casos. También, la posible persistencia en la edad adulta de síncope (en el 17% de los casos) y,



con o sin intervalo libre tras la primera infancia, de trastornos por ansiedad y trastornos fóbicos.^{10,11}

Comúnmente, los pacientes tienen varios episodios por semana con un rango entre uno por día y uno por mes. La mayor frecuencia de eventos se ve en el segundo año de vida. A los cuatro años de edad, se resuelve espontáneamente casi el 50% de los casos de espasmo del sollozo, hacia los seis años 100%.¹²

3.4 Fisiopatología

El ES representa una interrelación entre el control respiratorio del sistema nervioso central, sistema nervioso autónomo y el cardiopulmonar. Los episodios pálidos implican principalmente el sistema cardiaco; en los episodios cianóticos el factor principal parece ser la hiperventilación.^{2,7}

Suele decirse que la diferenciación de las dos formas clínicas es importante, ya que sus mecanismos fisiopatológicos son diferentes y, desde el punto de vista psicológico, tal vez impliquen sucesos o estructuras psicológicas diferentes. Sin embargo, también existen las formas mixtas, el niño sucesivamente se pone cianótico y pálido.

Cuando las crisis cursan con pérdida de conciencia, se ha postulado una fisiopatología basada en mecanismos de anoxia cerebral transitoria, intermediada por fenómenos respiratorios (forma cianótica), cardíacos (forma pálida) o mixtos.^{1,7,9}

Existen diversas investigaciones clínicas que tratan de determinar los mecanismos precisos que lo generan en las cuales la respuesta vagal puede ser reproducida aplicando presión sobre los globos oculares (reflejo oculocardiaco), originando de esta manera señales aferentes



transmitidas del nervio trigémino al tronco cerebral, de donde las señales eferentes parasimpáticas son transmitidas por el nervio vago para disminuir la frecuencia cardíaca.^{2,7}

Espasmo del sollozo asociado a anemia

Según Holowash, la presencia de anemia en niños con espasmo del sollozo es significativa, el 23 al 67% de los niños con espasmo tienen niveles de hemoglobina menores de 8g/100 ml. Y el tratamiento con hierro oral durante 3 meses o hasta la normalización de los valores de hemoglobina, esto disminuye en algunos niños la frecuencia de las crisis.

Los posibles mecanismos por los cuales la deficiencia de hierro puede influir en la presencia de espasmos no está claramente establecida. Es bien conocido que los niños con deficiencia de hierro son irritables y este solo factor puede favorecer la presencia de disturbios emocionales y gritos que sirven para iniciar la crisis. El hierro es importante en el metabolismo de las catecolaminas, y otros neurotransmisores presentes en el sistema nervioso central. Por ejemplo, es cofactor enzimático en la síntesis de serotonina y norepinefrina, cuyo incremento se relaciona con la deficiencia de enzimas que las degradan.

La corrección de la deficiencia de hierro puede llevar a la restauración de la función de estos neurotransmisores. Sin embargo, hay que tener en cuenta que no todos los niños con espasmo del sollozo tienen deficiencia de hierro.^{8,9,10,11}



3.5 Clínica e historia natural

La forma cianótica o azul es la más frecuente y responde a la descripción clásica ante una contrariedad o frustración que despierta en el niño afectos de ira y rabia, o bien, tras un llanto demandante que tal vez él no se siente lo suficientemente atendido. El infante inicia un llanto más o menos duradero pero que, a menudo, las madres suelen reconocer (como el que les produce las crisis). Efectivamente, tras un período de llanto brusco y repentino, llega un momento de silencio, habitualmente tras una agitación. En este momento el niño se encuentra con la boca completamente abierta y en expiración forzada. La cara y el tronco cambian de color. Después de esta pausa silenciosa, la crisis puede resolverse con una inspiración laboriosa y sin pérdida de conciencia (forma leve). Si el cuadro continúa, la cianosis se hace generalizada y sobreviene la pérdida de conciencia. En ocasiones pueden manifestar cambios posturales, hipertonías parciales (o, por el contrario, hipotonías). a menudo progresan rápidamente y pueden desembocar incluso en una crisis convulsiva generalizada, con o sin emisión de orina.^{6,7}

La forma pálida o sincopal tiene una causa desencadenante sensiblemente diferente. En general se trata de una situación de dolor (por ejemplo, un traumatismo, incluso leve) o una emoción desagradable y brusca temor intenso, frustración, sorpresa desagradable. El niño, súbitamente, tras esbozar un breve grito de dolor, se pone pálido. Una cierta bradicardia es la responsable patogénica de dicha tonalidad pálida y de la posible pérdida de conciencia. Esa brevedad de los síntomas hace que, en muchas ocasiones, la pérdida de conciencia y la convulsión sean la forma de presentación, por lo que la crisis puede ser etiquetada de estado inicial cuando, en realidad, una anamnesis cuidadosa nos haría pensar y comparar tales reacciones con las reacciones fóbicas de los adultos (ante la sangre, las heridas, las exploraciones médicas) y en



consecuencia, revisar la homogeneidad del cuadro.^{6,7}

Cualquiera que sea el tipo del espasmo, el episodio siempre es breve (de segundos a un minuto) y el niño recupera la conciencia rápidamente. Tras la crisis, puede sentirse abatido, e incluso, en ocasiones, se duerme. Pero si no es así, al cabo de unos minutos reemprende su actividad habitual y parece haber olvidado la contrariedad inicial. Recordando la situación, la emoción o la frustración inicial, puede incluso ponerse a llorar de nuevo, pero la crisis raramente recidiva en las horas siguientes. La recuperación es total, rápida y sin lesiones orgánicas demostrables.^{7,8,12}

La clave para el diagnóstico reside en investigar minuciosamente las circunstancias previas al acontecimiento. Según Kreisler et al, «una crisis convulsiva que reconoce constantemente una causa desencadenante tiene más posibilidades de ser un espasmo del sollozo que una crisis convulsiva, cualquiera que sea la forma de convulsión.»⁸

3.6 Mecanismos fisiológicos

En algunos niños con espasmo del sollozo, específicamente en 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 formas similar. Los episodios cianóticos pueden ser causados por inhibición central de los movimientos respiratorios, también mediados por el nervio vago. En ambas situaciones, se presenta hipoxia cerebral. En otros pacientes, el problema puede ser genético, resultando en una irregularidad generalizada del



sistema nervioso autónomo (SNA). Algunos autores han estudiado el rol de la sensibilidad del SNC a la hipoxia y la hipercapnia; así como las anomalías en los reflejos pulmonares y en la mecánica pulmonar.^{7,9}

3.7 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 4 y los 8 meses, pero de acuerdo con Lombroso, puede aparecer en un periodo precoz desde la primera semana de vida, también puede comenzar en un periodo tardío, cuando el niño tiene más de 7 años.^{7,8}

3.8 Evolución

La evolución de los espasmos del llanto es variable. Las crisis desaparecen espontáneamente hacia los 6 años. La base o fundamento en conflictos emocionales y relacionales es visible en algunos casos, en los cuales persisten en la edad adulta tendencia a las lipotimias y desvanecimientos sin base orgánica aparente (17% de los casos), o en los otros, menos frecuentes, en los cuales, con o sin intervalo libre tras la primera de la infancia, se manifiestan trastornos por ansiedad y trastornos fóbicos.^{7,11}

3.9 Comprensión psicósomática

Los componentes psicológicos del ES se postularon desde principios del siglo, se ha llegado a llamar al cuadro convulsión afectiva respiratoria. En la perspectiva psicológica, el ES puede entenderse desde dos marcos de referencia diferentes pero concordantes como una reacción somatomorfa



aprendida, que tiende a modificar la relación de los otros miembros del entorno con el niño. Desde luego, se trata de una perspectiva innegable, a pesar de lo indudable de la fisiopatología orgánica del cuadro.

La otra perspectiva de comprensión es la psicodinámica o psicoanalítica, que coincide en parte con la anterior y, además tiende a otorgar un sentido a los espasmos durante el llanto, pueden entenderse como reacciones individuales ante la frustración, el dolor y la pérdida, y como formas de comunicar y exigir cambios conductuales y afectivos en el entorno del niño.^{13,7,14}

En los niños, al igual que en los adultos, diversas enfermedades y síntomas están relacionados con factores psicológicos y conflictos. Dichos factores psicológicos pueden ser la causa del síntoma o enfermedad física o bien pueden actuar como desencadenantes, agravantes o influir en el mantenimiento de la enfermedad a lo largo del tiempo.

Existen ciertas alteraciones que sólo aparecen en un momento determinado, como el espasmo del sollozo que se presenta a cierta edad.

La presencia de una alteración funcional en el niño, sobre todo en el lactante, indica la existencia de una perturbación en su organización psíquica y de la relación con sus padres. Por tal motivo, es importante considerar el trastorno en relación a la fase evolutiva en la que se encuentra el niño, así como las reacciones específicas que esa fase provoca en él o ella y su entorno.

En los niños, el paso de lo psicológico a lo somático es mucho más rápido y fácil que en el adulto, de modo que puede decirse que el niño, sobre todo el lactante, es un ser esencialmente psicosomático.



Las reacciones somáticas pasajeras son frecuentes en niños pero no han tenido tiempo para organizarse como en los adultos bajo la forma de trastornos psicossomáticos sobre la base de una personalidad psicossomática.

Cuando un niño es sometido a una situación estresante puede presentar un trastorno psicossomático cuando, respondiendo simultáneamente a dos niveles:

- a) Nivel psicológico. La situación provoca una reacción emocional como ansiedad, tristeza, o cólera.
- b) Nivel somático. El estrés activa el sistema nervioso autónomo provocando un cambio en el funcionamiento, por ejemplo espasmos.

El niño puede ser consciente o no de la relación existente entre la aparición de la sintomatología y los estímulos externos.

El trastorno predominante es una pérdida o un cambio del funcionamiento psíquico, surgiendo la enfermedad psíquica. En el plano de la etiología los factores psicológicos estarán implicados en los síntomas según lo siguiente:

- a) Existencia de una relación temporal entre un estímulo del entorno y la aparición o exacerbación del síntoma
- b) El síntoma permite a la persona evitar ciertas actividades que no le son gratas (beneficios secundarios).
- c) El síntoma le permite al paciente recibir de su entorno un soporte que no recibiría en ausencia del mismo (beneficios secundarios).



El síntoma no es voluntario, es decir, no hay simulación. El síntoma no puede ser explicado por una enfermedad física o un mecanismo psicopatológico conocido.

Los trastornos psicósomáticos siempre deben ser considerados bajo los dos aspectos; sería incorrecto afirmar que el problema es puramente psicológico o a la inversa que es simplemente físico.^{9,10}

El concepto de limitación y su opuesto, el de pérdida de la contención de la ansiedad, pueden proporcionarnos un marco general para la comprensión de este cuadro, así como indicaciones para el tratamiento.^{1,7}

Esa función emocional o capacidad psicológica para percibir y recibir las ansiedades propias o ajenas y de incorporarlas en nuestro interior sin necesidad de actuar (o de actuar inmediatamente) bajo su imposición. La función de la contención, resultado de la actuación de procesos y estructuras básicas de la personalidad, permite no pasar a la acción ante la ansiedad, el sufrimiento, la persecución en nosotros mismos o en los demás consecuentemente, el que, cuando actuemos, lo hagamos a un nivel de tolerancia de la ansiedad que favorezca más el desarrollo que la ansiedad inicial inmodificada. La capacidad de contención suficientemente desarrollada posee el resultado cognitivo-afectivo el cual permite mantener una actitud empática con el que sufre y, consecuentemente, aprovecha todas nuestras capacidades mentales para ayudarlo. Es el ejemplo básico, a partir del cual psicoanalistas como Winnicott o Bion desarrollaron el concepto, cada vez que el bebé llora, la madre se pone más o menos ansiosa. Pero esa ansiedad no significa o no debe significar que el niño o la madre hayan de comenzar toda una tempestad de movimientos para calmarla, cambiar al niño, ver si tiene frío o calor,



moverle, darle cosas, proporcionarle alimentos. Más bien, lo que hace la madre y en general cualquier persona con una cierta capacidad de contención es almacenar esa ansiedad y plantearse qué es lo que puede estar pasando, de forma que su conducta o su relación con el bebé tendrá que ver no con todas las posibilidades, sino con aquellas que sean seleccionadas en función de su experiencia previa de relación con ese niño, y no en función de sus propios conflictos internos. Así, la madre funciona como un continente para el bebé, lo contiene con sus brazos y su cuerpo ante las situaciones desagradables y lo contiene con su capacidad de asimilar por él las situaciones angustiosas, para luego actuar o no en función de lo que sus propias capacidades y experiencia le dicten. Así, el bebé y, más tarde, el niño se calman y se integran progresivamente, en vez de desintegrarse por el impacto de la ansiedad.^{7,9,10}

Y lo que es más importante, la contención y las capacidades de contención son proyectadas como modelos por el bebé y el niño.

Si cada vez que el niño es frustrado, y ello crea en él ansiedad, ira y otros afectos desagradables, la madre o sus sustitutos reaccionan negando o proyectando la ansiedad que el niño transmite, o bien intentando disociarla olvidarla, hacer como que no existe, el niño crecerá en un ambiente de falta de contención. Es más fácil que una amenaza o sufrimiento de cualquier tipo le haga regresar en sus vivencias y actitudes.

Si además, la madre y sus familiares no logran controlar la ansiedad personal que les produce el llanto y la frustración del niño y así, organizar una conducta adecuada para calmarlo, distraerlo o cambiar su atención porque la madre se encuentre desesperada por la ansiedad o deprimida, por ejemplo es posible que el niño comience a desarrollar modelos y



formas dramáticas de comunicar su desesperación. Primero es una situación ocasional, puntual, incluso accidental o facilitada por cualquier elemento biológico. Pero sobre todo en el caso de las crisis «azules», una vez que el niño observa el impacto familiar que produce la crisis o la primer señal de crisis, es fácil entender que el llanto en las próximas ocasiones sea aún más inconsolable él ya posee la experiencia de que, en último extremo, sólo si el drama o la urgencia es suficientemente intensa le van a atender. Y es que ese niño vive sus acontecimientos internos con esa tensión, urgencia, ansiedad persecuidora.

Su fantasía más o menos inconsciente puede ser que esa falta de atención de los adultos ahora es falsa, que sus padres son falsos. De ahí uno de los factores de la tendencia a la recidiva de las crisis, al menos hasta que el niño o los padres logren niveles de autonomía mayor. El otro factor que ayuda a las recidivas es el biológico, no hay que olvidar las sensaciones de ebriedad producidas por la asfixia, por la hipoxemia, que pueden ser objeto de un interés autosensorial secundario por parte del niño, con las características autocalmantes de muchos de esos procesos hipersensoriales y autosensoriales^{7,12,15}

Una noción adecuada de la contención en nuestro contexto ha de considerarla, como una función emocional que proporciona ayuda en la elaboración de los conflictos mentales y con la realidad externa y a un tiempo proporciona la aportación básica para evitar su cronificación y por consiguiente, la psicopatología. En estos casos, parecería que el niño no puede tolerar la ansiedad producida por la frustración y la proyecta en sus padres, que no pueden tolerarla tampoco y la niegan, proyectan, actúan, con lo cual el niño se siente menos contenido y tiende a proyectar más la ansiedad, a desarrollar sus capacidades para hacérsela sentir al otro. El espasmo del sollozo puede ser entendido desde esta perspectiva como



un indicativo de falta de contención, como pueden serlo la hiperactividad o determinados trastornos psicosomáticos. Pero no hay datos fidedignos para aclarar por qué algunos niños reaccionan con ese signo y otros con síntomas psicosomáticos o de aumento de la actividad motriz y la acción, aunque las conductas desordenadas, desorganizadas y a menudo, aberrantes de los adultos ante este problema hablan de la patología de la contención que supone sonidos estridentes y bruscos, desnudar al niño, meterle la cabeza en agua fría o caliente, insultarle, provocarle dolor físico, lanzarle al agua bruscamente, asustarle, etc., son conductas que realizan algunos padres, desorganizados ante el impacto de culpa ante la crisis de Espasmo del Sollozo.

Como se mencionó, el espasmo del sollozo se manifiesta principalmente durante el segundo año de vida, un período marcado por el conflicto entre la necesidad del niño de una mayor autonomía y el temor, por parte de los padres, a la creciente autonomía del niño y/o a la ruptura de la simbiosis madre-hijo que resulta tan segura y conflictiva para la madre, para el niño o para la pareja madre-padre. Es la edad de la adquisición locomotriz del lenguaje, del cambio de estructuras mentales y utilización de símbolos sustitutos de la persona ausente. El espasmo de sollozo desempeña un claro papel en este proceso mediante ese espasmo, madre e hijo se replantean la rapidez y profundidad de la separación y lo angustioso de la misma en esa época particular; o bien el niño manifiesta su necesidad de controlar a los otros, de controlar el ambiente relacional y afectivo. Es importante mencionar que, en su forma más frecuente, la (forma cianótica), se trata de un signo que, al tiempo, es una manifestación a través del cuerpo (somatomorfa) y una manifestación de urgencia inminente, lo que hace pensar en el tipo de intercambios que se realizan entre esa madre (padres) y ese niño. Desde el punto de vista psicológico, una vez eliminadas otras posibles etiologías, al menos es



evidente que, existen conflictos en la relación madre-hijo relativos al incremento de la autonomía del niño y su dificultad en afrontar solo los estados afectivos difíciles, o bien es una forma especial de comunicación, marcada por esa corporalidad y por la urgencia «espasmódica» a nivel de comunicación, y no sólo de clínica. La crisis de apnea de llanto sería la salida para expresar manifestaciones emocionales insoportables, difíciles de expresar por otras vías y que el niño siente urgentes.^{7,12,15,16}

El espasmo del sollozo ha de observarse como una simple propuesta para la comprensión y la ayuda en estos cuadros, el espasmo del sollozo puede ser entendido como un modo de reacción extremo ante una situación desagradable de cualquier tipo; ante situaciones en las cuales, para el niño, predominan ansiedades persecutorias⁷. En particular, la observación clínica proporciona numerosas muestras de cómo esas ansiedades persecutorias, difíciles de soportar por el propio niño, tienen que ver con situaciones relacionales y particularmente, de la relación con sus progenitores, por ejemplo, la separación o amenaza de separación respecto a la madre u otra persona significativa, conflictos en los que los niños se disputan la atención del o de los progenitores, intentos extremos de controlar a uno o a ambos progenitores mediante lo que podríamos ver, desde esta perspectiva, como una forma precoz de somatizar la ira, la rabia, etc. El niño no sometido a ansiedades excesivas, ni situacionales ni por su propia conflictiva interna, afronta tales eventos con actuaciones relacionales diversas, que varían de un niño a otro y son parecidas en un mismo niño aproximación demandante y búsqueda de contacto corporal; o bien reacciones agresivas y coléricas; o bien buscando el aislamiento más o menos depresivo. Ahora bien los niños de los que se habla en esta revisión, en tales situaciones desarrollan esa desorganización psicósomática brusca a la que llamamos espasmo del sollozo.



Este tipo concreto de manifestación o comunicación utilizando el cuerpo, evidentemente, puede verse como una comunicación somatomorfa o somatoforme. Acerca de cómo se llega a ella, qué mecanismos psicológicos, relacionales y tal vez biológicos conducen a la misma. No existe un acuerdo unánime entre los investigadores clínicos ni suficientes estudios controlados sobre el origen del conflicto. Los psicoanalistas y psiquiatras mencionan que se trata de un signo plurideterminado y un cuadro no homogéneo desde el punto de vista patogénico. Por lo tanto la apnea de llanto es un síntoma somatomorfo, que puede ser visto como una forma de influenciar los afectos del otro, utilizando trastornos de expresión corporal, predominantemente psicomotrices, como una somatización de la ansiedad fóbica. O bien como una protoperversión, es decir, una forma de relación en la que se logra el control del otro mediante el propio sufrimiento y la propia desorganización. Esto produce una tendencia pasajera de parte de estos niños a adicionarse a este modelo de reacción en las situaciones relacionales que no pueden controlar. Recordemos que los desvanecimientos, las crisis convulsivas y, posiblemente las propias apneas de llanto, poseen bases bioquímicas indudables, relacionadas con el transporte iónico hemático y su regulación a través del SNC.

Por otra parte, las 2 formas clásicas del espasmo del sollozo parecen corresponder a otros tantos tipos de personalidad o de rasgos predominantes de personalidad diferentes:

La forma azul clásica parece que afecta más a niños enérgicos, activos, con cualidades oposicionistas. En estos casos es más frecuente que la crisis se desencadene a partir de una contrariedad de alguna forma, como ya se mencionó, la crisis sería una forma de expresión somatizada de la rabia.^{7,9,10}



Los niños que desarrollan la forma pálida suelen ser pasivos, rípidos, aficionados a actividades tranquilas, más dependientes, a menudo hipotónicos y poco impulsivos e incluso tímidos. El acontecimiento desencadenante de la crisis, generalmente identificable, tiene que ver con situaciones que provocan en ellos una importante afección emocional ansiedades persecutorias o incluso ansiedades ante la separación o el dolor vividas con gran temor o fobia. Lo que provoca la crisis es generalmente una irrupción emocional de tonalidad dolorosa, ansiosa o fóbica, siempre desagradable y súbita.

Confirmando ese enfoque psicodinámico del espasmo de sollozo, se ha podido encontrar la coexistencia de otros problemas relacionales en estos niños; uno relativamente frecuente es la anorexia y los conflictos en relación con las comidas en la serie de Clement Launay¹² (en 9 de 23 casos el desencuentro padres-hijos por las comidas era el desencadenante del espasmo). Otro acompañamiento relativamente frecuente y, desde luego inespecífico, son los trastornos del sueño en las observaciones de Kreisler^{9,13}. Los estudios de seguimiento clínico tienden a aseverar en estos niños un aumento futuro del neuroticismo y los problemas escolares.

El marco familiar desempeña un papel importante en el ES, y se debe tener en cuenta en el tratamiento del mismo si las crisis poseen un componente relacional indudable. Normalmente se producen cambios en las relaciones familiares, particularmente cuando se repiten con frecuencia y son clínicamente aparatosas.

Es normal que tanto la madre como el niño están buscando una cierta separación-individuación del mismo, como otros miembros de la familia reaccionen con un aumento de ansiedad ante la posibilidad de que



la crisis se repita. Eso lleva a menudo a evitar contrariar al niño y a realizar modificaciones en las relaciones y organización familiar más motivadas por la propia angustia excesiva que por un enfoque adecuado de la situación. Hay madres y padres que para evitar al niño y evitarse ellos mismos esas situaciones de ansiedad persecutoria, llegan a huir sistemáticamente de contrariarle en cualquier tema, eludiendo de las funciones de proponer y mantener límites y de transmisión de normas y reglas, que son funciones relacionales básicas en toda familia, fundamentales para el desarrollo psicológico de los niños pequeños.

En esos casos, la ansiedad no es contenida, sino negada o evitada fóbicamente, con lo que se está favoreciendo en el niño el desarrollo de relación de manipulación hacia el control de los padres, mediante la amenaza no explícita de la crisis. La situación relacional puede ser sumamente dramática, aunque la clínico-biológica no lo es.^{7,9}

Ahora bien, no hemos de olvidar que, por un lado, el niño no es consciente de esta actividad de manipulación, pero sí resulta reforzado por las ganancias primarias y secundarias que le proporciona.

Por otro lado, sobre todo al principio, las crisis son vividas por el entorno familiar como un peligro de muerte, el sentimiento de culpa, frustración y/o rabia en los progenitores puede así entenderse fácilmente. Si previamente están desbordados por vivencias depresivas o fóbicas, o bien «descontentos» y aislados ellos mismos, se entiende que «cedan» ante una amenaza tan dramática. Pero el resultado en el niño es una intolerancia creciente a la frustración y en los casos extremos, la instalación en una forma de relación con sus mayores, basada en una especie de manipulación tiránica en lugar de la contención de la estructura familiar ante la ansiedad.^{7,8,9,16}



3.9.1 Diagnóstico

Se realiza un EEG para descartar otra enfermedad, pero la secuencia típica de cianosis, apnea y pérdida de la conciencia es crucial para el diagnóstico. El síncope cianotipo y la epilepsia se confunden si no se presenta atención al evento.^{5,7,8}

A pesar de todo lo anterior, es importante tener en cuenta que el espasmo de sollozo no es un trastorno mental. Se trata de un síntoma relacional relativamente frecuente y que, como síntoma, desaparece o, con menos frecuencia, es sustituido por otros más «evolucionados» en el futuro. En los casos con numerosas crisis, la dificultad de contención familiar y de reaccionar ante la separación y la autonomía, podría evolucionar hacia trastornos por ansiedad de separación, de trastornos fóbicos, de rasgos dependientes, etc.^{7,11}

3.9.2 Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial es fácil de establecer con base en la historia clínica y la descripción del episodio. Holmes considera que la llave de diagnóstico es la asociación de ataque y llanto que se inicia con una fase de apnea seguida de pérdida de la conciencia.^{7,8}

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 cardiopatía congénita, apneas de otra etiología, por neumonía de origen viral, neuropatías de etiología diversa, además de síncope infantil.



Aunque el diagnóstico parece manifiesto por sí mismo, es importante valorar estas crisis mediante un análisis cuidadoso de los acontecimientos que culminan en las crisis, los factores precipitantes, lo que ocurrió durante el mismo y la naturaleza y duración del período del evento.

Si alguno de estos aspectos no coinciden con lo antes mencionado, se debe tener presente otras entidades clínicas con el fin de realizar un adecuado diagnóstico diferencial, por ejemplo trastornos convulsivos (epilepsia y pseudoconvulsiones), que también pueden producir alteraciones en el tono muscular y alteraciones o cambios en la coloración de la piel.

En la epilepsia los cambios posturales y de tono preceden a los cambios de color. La característica más importante para su diferenciación sería un trazado anormal en el EEG. Las pseudoconvulsiones se caracterizan por su persistencia durante un período prolongado, exacerbación por el estrés y falta de incontinencia.

Otra posibilidad es el síncope ortostático y los desvanecimientos, pero generalmente estos cuadros no vienen precedidos de llanto. Suelen ocurrir sin provocación manifiesta o ser inducidos por el acto de levantarse súbitamente de la posición recostada. La anamnesis nos informará de un acontecimiento repentino con pérdida del tono muscular. Generalmente estos cuadros se superan al adoptar la posición horizontal y son más frecuentes en adolescentes.

Las apneas centrales u obstructivas (ORL) también pueden producir hipoxia, pérdida de conocimiento y cambios posturales. La anamnesis y la exploración clínica elemental suelen bastar para este diagnóstico diferencial. Es lo que suele ocurrir en los problemas



otorrinolaringológicos y de las vías respiratorias, en general.

En el síndrome de apneas de sueño e hipersomnia diurna suelen encontrarse antecedentes característicos como ronquidos, retracciones o apnea obstructiva durante el sueño; es decir, trastornos del sueño por la noche y somnolencia con crisis de sueño durante el día. El niño puede manifestar retraso del desarrollo o aprendizaje y problemas de conducta.

El espasmo del sollozo, sin embargo, se presenta en niños sanos y en plena actividad diurna, por lo que no se puede aplicar a ataques que ocurren durante el sueño.

También hay que establecer el diagnóstico diferencial con determinadas manifestaciones respiratorias de otras afecciones, como las crisis alérgicas con manifestación respiratoria, las crisis asmáticas, o las crisis de hiperreactividad bronquial. Nuevamente la anamnesis, la observación simple y exploraciones elementales como la auscultación, servirán para diferenciar los diferentes problemas en caso de reiteración de las crisis.

Hay que descartar asimismo la posibilidad de tumores del tronco cerebral que puedan causar disfunción en el área pontomedular y considerar al menos malformaciones del tipo del síndrome de Arnold-Chiari.

A otro nivel, habrá que asegurar que el síndrome de espasmos del sollozo no forma parte de los trastornos psicopatológicos definidos como trastornos generalizados del desarrollo, tales como el síndrome de Rett, típico del sexo femenino. Durante este síndrome, las niñas pueden presentar respiraciones suspirosas peculiares en el primer año de vida,



con períodos intermitentes de apnea que tal vez se acompañen de cianosis, aunque los datos característicos son los movimientos repetidos de retorcerse las manos, la ataxia y la conducta autista.

En el síndrome de disautonomía familiar (Riley-Day) existen estigmas típicos como ulceración corneal, la ausencia de papilas fungiformes en la lengua, temperatura corporal inestable y sensibilidad cutánea disminuida.

El síndrome de Sandifer se caracteriza por crisis de posturas anormales, generalmente arqueamiento dorsal, desviación del cuello hacia atrás y tortícolis. Se presenta en algunos lactantes que padecen reflujo gastroesofágico. Estos síntomas neurológicos desaparecen al tratar adecuadamente el reflujo.

El síndrome congénito del intervalo QT prolongado es una forma de síncope grave que puede cursar con convulsiones y muerte repentina, resultado de arritmias cardíacas secundarias a una anomalía cardíaca subyacente que produce ese intervalo QT prolongado.

Para el diagnóstico diferencial, por tanto, suele bastar con a) historia clínica completa, b) anamnesis cuidadosa de las crisis, c) observación en la consulta de la desaparición de todos los síntomas y signos exploratorios, d) exploraciones habituales y, en su caso, específicas, y e) el curso natural de la enfermedad. Generalmente, son criterios suficientes para distinguir los espasmos del llanto de las manifestaciones similares causadas secundariamente por otros procesos. Lo habitual es que una anamnesis cuidadosa, unida a la desaparición total del problema y de los signos respiratorios esperables ante tal crisis de apnea cuando el niño llega a la consulta, pueda evitar gran parte de las pruebas.^{7,8,11,17}



3.9.3 Tratamiento

No existe medicación específica ni se ajusta tratamiento antiepiléptico en los niños que presentan espasmos del sollozo. El tratamiento consiste en educación para los padres, para que puedan manejar dichas crisis ya que deben saber que es una patología con desaparición espontánea y sin consecuencias de trastornos neurológicos a futuro.^{3,7,18}

No se ha manifestado ningún beneficio de la terapia anticonvulsiva en estas situaciones. Por el contrario, las observaciones clínicas hacen pensar en un empeoramiento del problema por la vía de la medicación; invariablemente, algo que se trata con medicamentos es habitual que sea consentido por la familia

No hay estudios ni observaciones clínicas longitudinales que apoyen el uso de ansiolíticos menores o mayores neurolépticos en estos niños. En general, el uso de psicofármacos ha de ser sumamente meditado en estas edades, tanto por sus efectos secundarios biológicos, como por la alta posibilidad de que su uso crónico interfiera el desarrollo emocional, incluso cognitivo. Además, el uso de psicofármacos para este tipo de problemas relacionales en la infancia tiende a agravar actitudes y relaciones inadecuadas de los padres y/o los allegados que tal vez fuera posible modificar.

En primer lugar, se debe evitar considerar el cuadro como una enfermedad o como un trastorno mental. También, que la familia lo considere como tal, lo que no haría sino disminuir aún más sus capacidades. Para ello se ha desarrollado un protocolo elemental o guía para la clínica que parte de dos premisas fundamentales:



1. La consideración del cuadro como una indicación de dificultades de limitación por parte de la familia y de autolimitación por parte del niño.

2. La necesidad de estimular la autonomía y las capacidades de la familia ante estos problemas es vital para que los niños no sean dependientes.^{7,17}

Debemos tener en cuenta que en realidad el único tratamiento consiste en brindar orientación a los padres.

No obstante, y para comprender a los padres, no olvidemos que es distinto dar un consejo que vivir una experiencia. Mas de una vez nos ha tocado sentir una sensación de angustia, quizá palidecer y tener taquicardia en presencia de un niño que ante nosotros sufre un espasmo del sollozo con pérdida de la conciencia. Esto ocurre a pesar de la profunda convicción de que se trata de un cuadro benigno y sin secuelas de origen neurológico. De aquí la necesidad de insistir para poder transmitir a los padres una real sensación de seguridad.^{8,11} Una propuesta es que durante una visita médica, el pediatra, el médico familiar, o el odontopediatra poseen criterios para ayudar en estas situaciones.^{7,8,9}

4. MANEJO DEL ESPASMO DEL SOLLOZO DURANTE LA CONSULTA ODONTOPEDIATRICA

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 solo ser observador de los



síntomas como manifestaciones orgánicas o psicológicas de forma separada.⁷

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.⁹

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 directamente involucrada en su cuidado durante los primeros años.

Dado que el niño presentara 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 esta, conseguir dominar la situación y solucionar la urgencia.

En todos los casos, es una correcta relación con los padres, quienes aportan datos precisos acerca del niño y colaboran en el tratamiento.

Es conveniente el uso de procedimientos conductuales para eliminar problemas comunes identificados durante la consulta pediátrica, así como analizar el ambiente médico y sus efectos en los niños.

La atención medica 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.^{7,9,15}

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 ES 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; sin embargo es probable que se produzca un efecto contrario incrementando el número de estos.

Es muy probable que el ES 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 realizar maniobras de reanimación ya que son innecesarias ya que el padecimiento no pone en riesgo la vida del paciente.^{8,9}

Modo de proceder:

- 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, haciéndole 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

Lo que hay que evitar:

- Maniobras de reanimación
- Golpear al niño, ya que los golpes no detendrán el espasmo y mostraran cuanto nos enoja su comportamiento y reforzara la conducta.
- Introducirlo en agua o salpicarle la cara.^{7,11,15,19}

Técnicas de manejo de conducta

Si el niño presenta episodios de espasmos del sollozo durante la consulta dental, es probable que no se están manejando adecuadamente las técnicas de manejo de conducta. Es de vital importancia saber manejar el comportamiento del niño y ganar su confianza para poder realizar un tratamiento y de esta manera tener una respuesta exitosa. Es muy importante conocer las técnicas de manejo de conducta: decir, mostrar y hacer.

Este método constituye el fundamento de la fase educativa para inducir en el paciente pediátrico dental un comportamiento relajado y tolerante. La técnica es sencilla y por lo general muy útil. Antes de comenzar cualquier maniobra, esta técnica consiste en explicarle y mostrarle al niño el material que se va utilizar, por ejemplo: espejo de los dientes (espejo) cepillo mágico (cepillo de profilaxis), pistola de aire y



agua (jeringa triple), el avión mágico (la pieza de mano), la capa de batman (dique de hule) las hormigas dormilonas (anestésico), etc.

Es importante elegir bien las palabras en esta técnica; el éxito estriba en que el odontólogo sepa dar a sus aparatos y procedimientos un nombre que el niño pueda comprender.

La técnica de decir, mostrar y hacer es de carácter educativo . A medida que el niño recibe información acerca de una experiencia, técnica o pieza del equipo, se disipan los temores a lo desconocido o la anticipación del dolor. Se reitera que esta técnica lingüística incrementa la probabilidad de que la petición apropiada del odontólogo reciba una actitud adecuada y eficaz del niño.^{20,21}

Control mediante la voz

Esta técnica requiere que el odontólogo infunda más autoridad a su comunicación con el niño. El tono de voz es muy importante y debe proyectar la autoridad del odontólogo. También es importante que la expresión facial del odontólogo refleje esta actitud de seguridad; este tipo de control depende de la tonalidad y otros aspectos que intervienen en la calidad comunicativa del odontólogo con el niño.

El control con la voz es una técnica fundamental en el trato con preescolares, ya que es muy eficaz para interrumpir conductas inapropiadas tan pronto se inician y tiene éxito moderado para interceptarlas una vez que se desatan por completo.^{22,23}

Restricción física

La restricción física constituye un ámbito por sí solo, se inmoviliza al paciente para poder trabajar y no lastimarlo.



objetivos de las técnicas de manejo de conducta son crear confianza y lograr una aceptación positiva del tratamiento dental.

Si el odontopediatría maneja correctamente las técnicas de manejo de conducta se puede evitar un episodio de espasmo del sollozo ya que estas van a ayudar a reducir el miedo y la ansiedad ante el tratamiento odontológico.^{23,24}

5. ORIENTACION A LOS PADRES

1. Es importante señalar y resaltar a la madre y la familia la experiencia vivida por ellos una y otra vez, de que las crisis terminan sin peligro vital, sin dejar secuelas, sin mayores peligros, siempre que no existan crisis convulsivas.⁷

2. Procurar ayudar a los padres a categorizar las situaciones que desencadenan las crisis frustraciones, amenazas de separación, sustos, exigencias desmedidas, conflictos. Alguno de tales desencadenantes tal vez pueda ser disminuido, teniendo en cuenta que el niño, en esos momentos, no lo soporta administrar sólo las frustraciones indispensables, evitar separaciones innecesarias de las figuras de vinculación, evitar competir con el niño en «quien se sale con la suya.

3. Desistir de medidas que resulten persecutorias para el niño y/o para los padres. Todas las medidas que sean percibidas como aversivas sólo aumentarán la ansiedad y las ansiedades anticipatorias y, por lo tanto, facilitarán la falta de contención ante el conflicto desencadenante.

Se recomienda que ante episodios aislados, se utilicen técnicas de distracción, como soplar fuerte en la cara del niño, presionar con un dedo



en la base de la lengua o rociarlo con un poco de agua fría. Únicamente en casos donde todavía no se presenta la crisis, se puede decir que es un distractor para evitar el espasmo del sollozo.⁹

4. Dado que es indudable que durante el ES el niño se encuentra desesperado por conseguir suficiente atención y ternura, el objetivo de un tratamiento no medicado, es aumentar la seguridad del niño de que tiene suficiente atención y cuidados, sin que eso suponga evitar fóbicamente toda limitación, negativa o situación sorpresiva o frustrante. Es algo que hay que explicar a los padres y ayudarles a que lo comprendan e introyecten. Entre otras razones, porque discutiendo estos temas podemos observar padres que ponen límites demasiado rígidos y violentos a sus hijos o, por el contrario, madres o padres incapaces de ponérselos de forma adecuada y a sentirse apoyadas y contenidas a su vez por su pareja al hacerlo.

5. Se recomienda, si el niño es pequeño, dos tipos de medidas resguardadoras:

- Evitar separaciones innecesarias o situaciones que puedan ser vividas por el niño como avisos o amenazas de separación días sin ver al padre o a la madre.
- Si el niño es pequeño, o no hay indicios de cariño de las relaciones entre la madre o el padre y el niño, recomendar el aumento del contacto físico con él durante unas semanas. La expresión física de ternura, a menudo poco frecuente entre estos padres y estos niños, es la forma de proporcionar mayor seguridad a éstos de que son queridos. Ocasionalmente esta recomendación resulta difícil de seguir para determinadas familias. La observación de esta realidad en las visitas de seguimiento es en sí misma un dato para el



diagnóstico psicosocial del niño y la familia y tal vez, un dato para tener en cuenta en la interconsulta con el equipo de salud psicológica.

Recomendaciones para las crisis:

En casos de pérdida de conciencia, es conveniente colocar al niño recostado en posición lateral para evitar que se lesione o broncoaspire.

Se deben evitar las maniobras de resucitación cardiopulmonar especialmente si hay posibilidades de aspiración por ejemplo, si la crisis ha ocurrido mientras el niño comía. Las conductas dramáticas de los padres ante las crisis son el mayor reforzador de las mismas. Pero no podemos recomendar a unos padres angustiados, y a menudo culpabilizados, que desatiendan el llamado dramático de su hijo. Tampoco que cedan fóbicamente en todo para evitar previsibles crisis. Por eso, se recomienda que durante las crisis, evitar en lo posible toda actuación dramática o persecutoria. En vez de pegarle, mojarle, asustarle, se recomienda que el padre o la madre abrace al niño con cierta fuerza, claramente, y que se vaya con él a una habitación tranquila, en la que estén los dos solos, niño y progenitor, al mismo tiempo que se pronuncian palabras de cariño repetidas lentamente o canciones tranquilizadoras.

Se trata así de proporcionar contención emocional, pero basada en la contención física y concreta los brazos de papá o mamá, de forma que se estimula la respiración. Por eso se recomienda el abrazo, y no el simple sostener, evitar todo tipo de dramatismo, mantener un ambiente calido sin los gritos y preocupaciones del resto de los miembros de la familia.

Por otra parte, se trata de una forma de mejorar y aumentar el contacto padres-niño sin tenerlo que prescribir abiertamente así,



prescripción que suele resultar de culpabilidad. Además, si la medida tiene éxito, como suele ser frecuente, es una vía de aumentar la autonomía y organización de la familia. Se trata de un sistema que aumenta la confianza de los padres en sus propias capacidades parentales y, por lo tanto, su capacidad de contención, tanto de las propias ansiedades como de las de sus hijos.^{7,19,20}



6. CONCLUSIONES

Es fundamental educar a los padres sobre la naturaleza del Espasmo del Sollozo ya que por temor consienten a los niños en exceso y no utilizan una disciplina apropiada para calmarlos provocando problemas de conducta.

El reforzamiento positivo es totalmente satisfactorio para fortalecer conductas deseadas, es importante tenerlo en cuenta ya que el Espasmo del Sollozo desaparecerá cuando cambia la respuesta habitual del medio.

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.

Se debe llevar acabo un trabajo interdisciplinario en el cual exista una comunicación entre médicos, odontopediatras, psicólogos con el fin de proporcionar un tratamiento integral a los pacientes y familiares ya que en ocasiones se deja ir al paciente, con la convicción de que el síntoma desaparecerá por si solo, sin pensar en la posibilidad de una valoración psicológica, ya que esta puede ser de gran ayuda y de esta manera prevenir la complicación de los síntomas.



7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Lombroso CT, Lerman P. Breath- holdings spells Cyanotic and pallid infantiles Sincope Pediatrics, 1967; 39: 563-81.
- 2- <http://www.spponline.net/articulos/art-espasmos.html>.Dr.Eduardo Nieto, sociedad panamericana de pediatría.
- 3- Gerald M. Fenice, Neurología Pediátrica clínica: un enfoque por signos y síntomas 5ª. Edición, España; editorial Elsever Saunders; 2006; Pp. 17-18.
- 4- Lissaurer Texto ilustrado de Pediatría vol. II 2ª. Edición; editorial Elseiver; 2002; p372.
- 5- Cereani J Mariah, Neonatología Práctica; 4ª. Edición; editorial médica panamericana 2009; p.916.
- 6- Beque; M. Trastornos Psicósomáticos en la niñez y la adolescencia; Buenos Aires; Editorial médica panamericana; 1992.
- 7- Torregosa, MJ; Tizón, JL, El Espasmo del Sollozo o apnea de llanto: una revisión y una propuesta para la asistencia, 1998; 22:112-22 vol.22.
- 8- Plata Rueda Ernesto, El Pediatra Eficiente 6ª. Edición; Bogotá, Editorial médica panamericana 2002. Pp.433-437.
- 9- http://www.nacerlatinoamericano.org/home_cont.htm.
- 10-Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb J.A. synopsis of psy chiatryc. Baltimor Williams & Wilkins, 1994.
- 11- Mazet p, stleru S. Psicopatología de la primer infancia. Barcelona Masson 2000.
- 12-<http://www.psicologia infartil.com/articulo espasmo del sollozo. Htm>, por Cecilia charelli,fernando fereira y Mónica Perez, medicina m. la rioja argentina.
- 13-Torregosa MJ. El espasmo del sollozo. En callabed J, comelles MJ, mardominyo MJ, eds. Las enfermedades psicósomáticas y su relación con la familia y la escuela. Barcelona: club de pediatría social,1997.
- 14-Kreisler I. en: levbobici S, Diatkine R, solule m, eds. Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Vol.5. Madrid biblioteca nerva,1990.



- 14-Fejerman Fernández Álvarez, Neurología Pediátrica, 3ª edición
buenos aires, editorial, médica panamericana 2007, pág. 666.
- 15-Nelson, Tratado de Pediatría vol. 2 16ª edición editorial MC-Grau-Hill; 2003; Pp. 1112-13.
- 16-Gerald B. Merestein et al. Manual de Pediatría 15 edición, Editorial. El Manual Moderno México, D.F. Bogotá, 2003.
- 17-Adam Víctor, Neurología Infantil 7 edición, Mc Graw-Hill, interamericana, España, 2002.
- 18-Holmes G. L. (1998) Breath- Holding Altaksin Children. Posgrad Medicine. P. 194.
- 19-<http://www.aapd.org>.
- 20-Barbería E. Odontopediatría. 2 edición. Barcelona: Masson, 2001.
- 21-Boj, J. R. Et al. Odontopediatría. Masson, Barcelona, 2004.
- 22-Pinkham, J. R. Odontología Pediátrica. McGraw-Hill Interamericana, 3ª. ed. México, 2001.
- 23-Goran Koch Suen Poulsen. Odontopediatría Abordaje Clínico. 2ª. Edición. AMOLCA. Venezuela, 2011, P.32.
- 24-www.babysito.com/bebes/salud-bebe-espasmo.php
- 25-www.zonapediatrica.com/neurologia/espasmo-del-sollozo.html