

APNEA EMOCIONAL

Dr. Osear González Ardón ()*

El espasmo de sollozo, crisis de llanto, apnea emocional, crisis de detención respiratoria (1-2-3-4-5-6) es una patología neurológica muy frecuente en la práctica pediátrica a la cual se le ha dado poca importancia.

Dado que en dicha patología se encuentran datos clínicos claros y que ha habido un criterio variado en cuanto a su tratamiento (1-4-6), a tal grado de sugerirse en algunas publicaciones que sólo hay que tranquilizar a los padres (4), nos impusimos la tarea de estudiar un grupo de niños con la mencionada entidad y sacar conclusiones de su manejo a largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

70 niños fueron estudiados y seguidos por un promedio de 3 años y medio en la Clínica Periférica No 1 del IHSS. Para el estudio se usó la clasificación y tratamiento propuestos por los Dres.: Mariano La Torre y Javier Cox del Hospital Luis Calvo Mackena de Santiago de Chile (comunicación personal), que resume el cuadro de una manera simple y que a continuación detallamos:

- a) Apnea emocional grado I: corresponde a aquellos niños que hacen apnea más cianosis.
- b) Apnea emocional grado II: este grupo comprende niños que hacen apnea más cianosis más pérdida de la conciencia.
- c) Apnea emocional grado III: corresponde a aquellos niños que hacen apnea, cianosis,, pérdida de la conciencia y convulsiones.

A los pacientes del grado I y II se les trató con tranquilizantes Diazepán y Theoridazina y a los del grado III con anticonvulsivantes (Primidona). A todos los del grado II y grado III se les tomó Electroencefalograma. Se mantuvo la terapia por espacio de tres meses, si ésta fallaba se cambiaba de droga después de tres meses continuos de uso, siempre siguiendo el esquema propuesto según el grado en que se encontrase la apnea.

Se practicó evaluación clínica mensual. Se clasificó como excelente todo tratamiento con el cual los síntomas cedieron por tres meses consecutivos; de satisfactorio si después de tres meses de terapia adecuada el cuadro se presentaba en una forma esporádica. De fracaso, cuando a pesar de la terapia bien llevada por tres meses, el cuadro se presentaba de igual manera.

A los pacientes que se consideraron con resultado excelente se continuaron los medicamentos por tres años, a los que se agrupó como satisfactorios se cambió la terapia por otro trnaquilizante en el caso de ser apnea grado I y II, o en su

* Médico Pediatra de la Clínica Periférica N9 1 del IHSS.

efecto se asoció otra droga. Cuando hubo fracaso se cambió la droga, independientemente de apnea que se tratara.

Se practicó electroencefalograma de control cada seis meses a los pacientes comprendidos en el grado II y grado III y siempre que hubieran alteraciones en el primer encefalograma. Se clasificaron asimismo los pacientes en dos grupos, aquellos que hacían cianosis (forma cianótica) y aquellos que hacían formas pálidas. Como grupo control se usaron los niños que no cumplieron la terapia indicada.

RESULTADOS

En nuestra casuística la apnea II fue la más frecuente con un 75% seguida por la apnea grado I con un 15% y por último la apnea grado III, que fue la más rara (Fig. 3). De los tipos el cianótico fue el más frecuente con un 83% (Fig. 4). En cuanto a la edad, se anotó una mayor prevalencia en los niños de uno a dos años (37%), seguidos del grupo de niños de 2 a 3 años (30%), siendo mucho menos frecuente en los niños mayores de 4 años y en los niños de 6 meses a un año de edad (16%) (Fig. 5). Los antecedentes obstétricos fueron nulos en un 95%, lo cual estaría demostrando, que dicha patología no es producida por problemas de parto. (Fig. 6).

El tratamiento se hizo en el grado I y II con Thioridazina y Diazepán y en el grado III a base de Primidona, con resultados halagadores (Figs. 7 y 8). El grupo control estuvo constituido por diez casos, que correspondieron a aquellos pacientes que no acudieron a la cita y los cuales pasaron de un grado a otro, lo cual demuestra, que estos niños *deben* seguir un tratamiento continuo (Fig. 9).

FIG. N° 1 * CLASIFICACIÓN DE
LAS APNEAS

Apnea emocional Grado I	=	Apnea y cianosis
Apnea emocional Grado II	=	Apnea y cianosis y pérdida de la conciencia
Apnea emocional Grado III	=	Apnea y cianosis, pérdida de la conciencia y convulsiones.

* Mariano La Torre y Javier Cox
Santiago de Chile.

FIG. N° 2 *

TRATAMIENTO MEDICO

Apnea emocional Grado I — emocional — tranquilizante	(—) (Thioridazina)
Apnea emocional Grado II - EEG	(+) Epi. - Primidona
Apnea emocional Grado III - EEG	

* Mariano La Torre y Javier Cox
Santiago de Chile.

FIG. N° 3

GRADOS

Grado I	9 casos	15%
Grado II	45 casos	75%
Grado III	6 casos	10%

FIG. N° 4

TIPO

Cianótico	50 casos	83%
Acianótico	10 casos	17%

FIG. N° 5
EDAD

6 meses a un año:	10 casos	16%
1 año a 2 años	22 casos	37%
2 años a 3 años	18 casos	30%
3 años a 4 años	7 casos	12%
4 años a 5 años	3 casos	5%

FIG. N° 6 ANTECEDENTES
OBSTÉTRICOS

Antecedentes Obst. nullos	57 casos	95%
Trauma al nacer	3 casos	5%

FIG. N° 7
TRATAMIENTO

Grupo I y II	a) Theroridazína	28 casos	47%
	b) Diazepán	26 casos	43%
Grupo III	Primidona	6 casos	10%

FIG. N° 8
RESULTADOS

Satisfactorios	40 casos	67%
Buenos	18 casos	30%
Malos	2 casos	3%

FIG. N° 9

GRUPO CONTROL	10 casos (pacientes que no acudieron a la cita)
Cambio de grado de I a II	6 casos
de II a III	4 casos

COMENTARIO

Aunque la apnea emocional es al parecer, una afección neurológica benigna (4), el hecho de que los niños dejados al azar pueden evolucionar de una forma leve a una forma grave, indica que hay que ahondar más en el asunto, antes de dejar a un niño sin tratamiento.

Aunque la fisiopatología no es clara, se supone que el cuadro se debe a una respuesta parasimpática hipersensible (2-5). Gastaut y Lombroso (2-5) han demostrado que estos niños presentan un reflejo óculo-vagal hiperactivo. La compresión ocular durante 10 segundos (o más tiempo) les desencadena apnea, a veces seguida de espasmo tónico. La compresión de los ojos en niños que no tienen este cuadro no produce apnea.

La forma cianótica es la más frecuente (1-2-4). Tras una frustración o un regaño, el niño se pone a llorar, la fase respiratoria se vuelve larga, con cianosis progresiva, a veces con convulsiones, casi siempre tónica, muy rara vez tónico-clónica. La apnea viene después de dos a tres sollozos.

La forma pálida es la más rara (2-4), se relaciona con el dolor, para el caso golpes en la cabeza. Se ha atribuido como etiopatogenia un paro cardíaco por descarga vagal masiva (2-5). La entidad clínica se presenta de 6 meses a 3 años y raramente sobrepasa esta edad.

Niños que presentan dicha patología antes de los 6 meses, se considera que son epilépticos (2).

Si se le atribuye un origen sincopal, ello desde luego lo aleja de la epilepsia, pero a nuestro modo de ver, las apneas repetidas con falta de oxigenación cerebral, son capaces de causar daño cerebral con manifestaciones electroencefalográficas, de allí que en este caso el síndrome se vuelve importante, y debe ser clasificado como una entidad relacionada con la epilepsia (5-6). Hemos visto pasar niños de un grado a otro, sobre todo del grado II al grado III o del grado I al grado II, no hemos visto sin embargo paso de grado I al grado III. Aunque en un alto grado el electroencefalograma es normal, en el grado III está alterado, lo cual está demostrado que es ésta una forma relacionada con la epilepsia y que necesita mayor investigación (6). Si bien la forma II es más frecuente, es posible que el grado I pase desapercibido por lo benigno del cuadro, ya que los padres no consultan por ello, hasta que el paciente tiene un grado II que les llama la atención.

Un hecho llamativo es que la terapia orientada tal como la esbozamos (6) da un resultado satisfactorio, y que este tratamiento debe ser instituido entre

más pequeño es el niño. El hecho de que algunos pacientes que no acudieron a la cita y abandonaron el tratamiento, volvieron a presentar la apnea, da una pauta que es ésta una patología que debe ser tratada en forma continua. En nuestra casuística sólo dos casos han sido rebeldes al tratamiento, un niño con bronquitis espástica y con antecedentes de una encefalopatía por sarampión que hacía apnea grado III, el cual se mantenía con drogas antiepilépticas, y que finalmente falleció por una bronconeumonía, el otro caso correspondía a un desnutrido grado III con derrame subdural. Los demás niños evolucionaron satisfactoriamente y algunos después de dos años de tratamiento han dejado de hacer apnea una vez suspendida la terapia.

La forma pálida es poco frecuente y se observa en aquellos niños que reciben un estímulo doloroso (4), de los cuales tenemos 15 casos, la forma más frecuente la constituyó la forma cianótica de los cuales contamos con 45 casos en total. En cuanto al tratamiento, tanto los grados I y II evolucionaron bien con Teoridazina y/o Diazepán con resultados similares.

RESUMEN

Se presentaron 70 casos de apnea emocional seguidos durante un lapso de 3 años y medio en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, habiéndose hecho tratamiento en el grado I y II a base de tranquilizantes (Diazepán y Teoridazina) y grado III a base de anticonvulsivantes con resultados satisfactorios. El hecho que el grupo control corresponde a niños que abandonaron el tratamiento, hace pensar que esta patología debe de ser manejada con los criterios anteriormente indicados y que tiene un pronóstico bastante favorable.



Hay cianosis y pérdida de la conciencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—PRICHARD, J. S.: Trastornos convulsivos en niños. Algunas notas en diagnóstico y tratamiento. *Clínica Ped. North Amer.* N^o 983, Nov. 1974.
- 2.—FARMER, T. W.: Afecciones convulsivas. Síncope cefalea. *Neurología Pediátrica de Thomas W. Farmer Toray.* Pág. 95, 1974.
- 3.—SNYDER, C. H.: Epileptic equivalent in children. *Pediatrics.* 21: 308, 1958.
- 4.—ARCADY, J.: Enfermedades convulsivantes. Espasmo del sollozo. *Pediatría Robert Debré Mareel Lelong.* Tomo III, página 1.764, Editorial Jims, 1974.
- 5.—BREATH HOLDING SPELL (Cyanotic and Pallid Infantile Syncope). *Pediatrics.* 39: 563, 1967.
- 6.—MENA CRUZAT, F.: Algunas consideraciones prácticas sobre el tratamiento de la epilepsia infantil. *Rev. Chil. Pediat.* 45: 536, 1974.