

# Síndrome de hiperventilación (HVS)



**Félix J. Fojo, MD**  
felixfojo@gmail.com  
ffojo@homeorthopedics.com

**L**a paciente OML, de 27 años, diseñadora de interiores, madre de dos niños sanos y con antecedentes de buena salud, comienza a padecer –después de un divorcio particularmente estresante– de episodios agudos de disnea, taquipnea, sensación agobiante de asfixia, cosquilleo y frialdad periorales, rigidez y sensaciones extrañas en los brazos y las piernas, tetania (fasciculaciones) en las pantorrillas y en los antebrazos, dolor torácico difuso, palpitaciones, agitación, visión borrosa, vértigo y ansiedad extrema que ella percibe como de extremo peligro para su vida.

Piensa que va a morir dejando, por tanto, a sus hijos, lo que desencadena nuevas crisis con el cuadro ya señalado. En algunas ocasiones ha llegado, por poco tiempo, a perder el conocimiento, pero sin presentar relajación de esfínteres.

El examen físico, incluyendo la auscultación pulmonar y cardíaca, es completamente normal, salvo por la ansiedad que se hace evidente al conversar con ella. La radiografía torácica y el EKG son normales. Se le diagnostica un síndrome de hiperventilación acompañado en ocasiones por trastornos o crisis de pánico.

El síndrome de hiperventilación (o hiperrespiración) es más frecuente entre mujeres jóvenes y sanas, pero puede presentarse en ambos sexos y a cualquier edad. Se desencadena, casi siempre, por un estrés emocional, pero no siempre.

Aunque el síndrome de hiperventilación suele asociarse con un trastorno de pánico, estos no deben confundirse. En cerca de la mitad de los pacientes se pueden superponer ambos cuadros, pero son dos patologías distintas.

Existen dos formas del síndrome de hiperventilación: la forma aguda y la forma crónica. La forma aguda se reconoce fácilmente, pero la forma crónica, de más difícil diagnóstico, es mucho más común que la aguda.

Los signos y síntomas de la forma crónica (suspiros frecuentes, bostezos, parestesias, espasmos musculares, ansiedad, depresión, astenia, sudoración profusa, trastornos del sueño, diarreas, gases y eructos, sequedad de las mucosas, dolores musculares migratorios, temblores, trastornos de la visión, pérdida de la concentración, cefaleas, etc.) suelen pasar inadvertidos, o no se le hace mucho caso al paciente hasta que un cuadro agudo inesperado llama la atención de todos.

El síndrome de hiperventilación es un diagnóstico de exclusión. Puede resultar un desafío médico descartar todas las otras patologías que pueden encubrir este síndrome. El diagnóstico diferencial debe descartar una isquemia miocárdica (pueden observarse depresiones del segmento ST, inversiones de la onda T e intervalos QT prolongados durante el cuadro agudo en algunos casos), un embolismo pulmonar, un feocromocitoma, una acidosis metabólica, un embarazo oculto, sangramientos internos, infecciones crónicas, trastornos de somatización, dolor crónico mal tratado y el consumo de ciertos medicamentos (aspirina en grandes cantidades, por ejemplo) o drogas ilegales.

Una vez descartadas las etiologías orgánicas, el tratamiento debe ser implementado por el médico psiquiatra y/o el psicólogo clínico, con el apoyo de los familiares cercanos. **G**