

ARTÍCULO ORIGINAL

SÍNCOPE VASOVAGALES Y TUMORES DE CABEZA Y CUELLO. ESTUDIO RETROSPECTIVO

Vasovagal Syncope and Head and Neck Tumors. Retrospective Study

Andrea MARTÍNEZ-CAMERANO ; Carmelo MORALES-ANGULO ; Aida VEIGA-ALONSO ;
Julia FERNANDEZ-ENSEÑAT 

Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital Marqués de Valdecilla. Instituto de Investigación Valdecilla (IDIVAL). Universidad de Cantabria. Santander. España

Correspondencia: martinezcamerano.andrea@gmail.com

Fecha de recepción: 30 de septiembre de 2024

Fecha de aceptación: 1 de febrero de 2025

Fecha de publicación: 15 de marzo de 2025

Fecha de publicación del fascículo: 27 de junio de 2025

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión post-print (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-ND. Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor

RESUMEN: Introducción y objetivos: El síncope, aunque raro, puede ser una manifestación de tumores de cabeza y cuello. Se han descrito tres cuadros clínicos: síndrome del seno carotideo, neuralgia – asistolia glossofaríngea, y síndrome del espacio parafaríngeo. Nuestro objetivo fue definir las características clínicas de estos síncope en nuestro hospital. Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con tumores de cabeza y cuello que presentaron síncope relacionados, diagnosticados entre enero de 2012 y abril de 2022 en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Resultados: Cinco pacientes con cáncer de cabeza y cuello mostraron síncope relacionados con su patología. Fueron dos mujeres y tres hombres, con una media de edad de 70 años. Todos tenían afectación del espacio parafaríngeo. Dos presentaron síncope antes del diagnóstico y tres después. Conclusiones: El síncope debe considerarse en el diagnóstico diferencial de tumores de cabeza y cuello, especialmente tras descartar patología cardiovascular. En pacientes ya diagnosticados, puede indicar afectación del espacio parafaríngeo.

PALABRAS CLAVE: síncope; tumores cabeza y cuello; seno carotideo; espacio parafaríngeo.

SUMMARY: Introduction and objectives: Syncope, although rare, can be a manifestation of head and neck tumors. Three clinical pictures have been described: Carotid sinus syndrome, Neuralgia – glossopharyngeal asystole, and Parapharyngeal space syndrome. Our objective was to define the clinical characteristics of these syncopes in our hospital. Methods: Retrospective descriptive study of patients with head and neck tumors who presented related syncope, diagnosed between January 2012 and April 2022 at the Marqués de Valdecilla University Hospital. Results: Five patients with head and neck cancer showed syncope related to their pathology. There were two women and three men, with an average age of 70 years. All had involvement of the parapharyngeal space. Two presented syncope before diagnosis and three after. Conclusions: Syncope should be considered in the differential diagnosis of head and neck tumors, especially after ruling out cardiovascular pathology. In patients already diagnosed, it may indicate involvement of the parapharyngeal space.

KEYWORDS: syncope; head and neck neoplasms; carotid sinus; parapharyngeal space.

INTRODUCCIÓN

El síncope se define como la pérdida súbita y breve de la consciencia, acompañada de la ausencia de tono postural y seguida de una recuperación espontánea completa, sin secuelas, debido a una disminución del riego cerebral [1]. Es una causa frecuente de consulta en el Servicio de Urgencias, siendo el síncope vasovagal la forma más común de pérdida transitoria de conocimiento [2]. El diagnóstico diferencial es extenso e incluye enfermedades cardíacas, pulmonares, trastornos metabólicos y epilepsia, entre otros. Aunque no exista una etiología claramente definida, se sugiere que el síncope podría ser el resultado de un fallo del sistema de autorregulación de la presión arterial (PA) o una medida de protección ante situaciones que requieren una disminución de la circulación sanguínea [3].

Los barorreceptores juegan un papel crucial en la regulación de la PA. Ante un aumento de esta, detectan la distensión del vaso sanguíneo y envían una señal al núcleo del tracto solitario. Esta señal puede originarse en los barorreceptores del seno carotideo, a través del nervio de Hering (rama del IX par craneal, el nervio glossofaríngeo), o del cayado aórtico, a través del nervio vago (X par craneal). El núcleo del tracto solitario activa el sistema parasimpático, reduciendo la frecuencia cardíaca (FC) al disminuir el estímulo vagal sobre

el corazón, y al mismo tiempo inhibe al sistema simpático, lo que provoca vasodilatación arterial periférica. En caso de hipotensión, no se estimula el sistema parasimpático, permitiendo que el nervio vago aumente la FC [2, 3].

Aunque no es una manifestación común, el síncope puede estar asociado con tumores de cabeza y cuello. Se han documentado tres cuadros clínicos relacionados con el diagnóstico, tratamiento o recidiva del tumor: síndrome del seno carotideo (SSC) por compresión o invasión tumoral generando un reflejo vagal aumentado; síndrome de neuralgia - asistolia glossofaríngea, y síndrome del espacio parafaríngeo [3].

El síndrome del seno carotideo es una causa frecuente de síncope recurrentes, especialmente en personas de edad avanzada, alcanzando hasta el 1 % de la etiología de los síncope. Diversas lesiones ocupantes de espacio pueden desencadenar síncope al comprimir o invadir el seno carotideo. El síncope secundario al SSC puede aparecer como síntoma inicial, tras una intervención quirúrgica o radioterapia, o como indicador de recurrencia local [4]. El mecanismo subyacente implica la activación anómala del reflejo barorreceptor en el seno carotideo, resultando en bradicardia sinusal, pausas sinusales y/o alteraciones en la conducción auriculoventricular, asociada o no a hipotensión [5].

La neuralgia glossofaríngea es un dolor breve, unilateral, punzante y abrupto en distribuciones

no solo del nervio glossofaríngeo, sino también, en las ramas auricular y faríngea del nervio vago. Su etiología principal es la compresión neurovascular, aunque también puede ser secundaria a enfermedades subyacentes, como los tumores de cabeza y cuello [5, 6]. En raras ocasiones, la neuralgia se puede acompañar de un síncope, dando lugar al síndrome de neuralgia – asistolia glossofaríngea. Este síndrome se produce por la estimulación anómala de las fibras del seno carotídeo que, al activarse, generan el reflejo barorreceptor [7].

En algunos artículos se describe el síndrome del seno parafaríngeo, donde las lesiones en el espacio parafaríngeo pueden irritar las fibras aferentes del nervio glossofaríngeo, lo que provoca síncope mediante la activación del reflejo cardiovascular a través del nervio de Hering [8].

El objetivo de este estudio fue identificar las características clínicas de los pacientes con tumores de cabeza y cuello que presentaron síncope vasovagales, ya sea al momento del diagnóstico o durante su evolución.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de todos los pacientes diagnosticados de tumores de cabeza y cuello que presentaron síncope relacionados con la etiología tumoral en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander entre enero de 2012 y abril de 2024. Las variables estudiadas incluyeron: edad, sexo, localización del tumor primario, estadiaje, hallazgos radiológicos, estudio histopatológico, tratamiento realizado (para el tumor primario y los síncope) y evolución del cuadro sincopal.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Clínica de Cantabria (CEIM), con número de expediente 2024.131. Se siguieron los postulados de Helsinki para estudios biomédicos.

RESULTADOS

De los pacientes con tumores de cabeza y cuello atendidos en el período mencionado, cinco, con edades entre 61 y 90 años (3 varones y 2 mujeres), presentaron síncope recurrentes relacionados con la patología tumoral [Tabla 1], tras una exploración cardiológica y neurológica normal. Excepto en dos casos (n.º 1 y 3), en el resto, la clínica sincopal apareció después del diagnóstico de la enfermedad. Solo uno de ellos requirió tratamiento específico para los síncope mediante la implantación de un marcapasos. En uno caso (paciente mujer), la tumoración era benigna. Salvo en un caso en que la tumoración se localizaba en la orofaringe, el resto de los tumores afectaban el espacio parafaríngeo.

DISCUSIÓN

El síncope recurrente asociado a tumores de cabeza y cuello es una manifestación rara, que generalmente ocurre debido a la invasión del espacio parafaríngeo, como se observó en cuatro de nuestros pacientes, o por lesiones que estimulan al nervio vago/glossofaríngeo, tal como se evidenció en uno de los casos. La literatura médica sobre este fenómeno es limitada, y la totalidad de los casos publicados hasta la fecha son casos aislados [3].

Su incidencia es mayor en casos de tumores malignos, especialmente carcinomas epidermoides, y en menor medida en linfomas, debido a su mayor capacidad invasiva en comparación con los tumores benignos [4]. En nuestra serie de casos, solo una paciente presentó un tumor benigno, específicamente un adenoma pleomorfo en espacio parafaríngeo, una condición extremadamente inusual pero previamente documentada [9].

El caso n.º 1 mostró infiltración carotídea en las imágenes de TC, lo que sugiere la estimulación del seno carotídeo por invasión tumoral. El caso n.º 4 presentó síntomas compatibles con el síndrome de neuralgia – asistolia glossofaríngea, con episodios breves de dolor punzante ascendente en la región del

Tabla 1. Resumen de las características principales de los pacientes.

	Clinica	Sexo	Edad	Tumor primario	Histología Estadíaje	Técnicas de imagen	Tratamiento	Evolución de los cuadros sincopales
1	Síndrome del seno carotideo	Varón	66	Laringe (Supraglotis)	Carcinoma epidermoide (T2N3bM0)	TC: Adenopatía parafaríngea rodeando la bifurcación carotídea	QT/RT	Desaparición tras tratamiento del tumor primario
2	Síndrome del seno carotideo	Mujer	73	Orofaringe (amígdala)		TC: Adenopatía con invasión de espacio parafaríngeo (Figura 1) PET: Captación en hemilengua y amígdala izquierdas (Figura 2)	QT/RT	Persistencia de sincopes
3	Síndrome del seno carotideo	Mujer	61	Tumoración parafaríngea izquierda	Adenoma pleomorfo	RM: Tumoración parafaríngea izquierda dependiente de lóbulo profundo de glándula parótida izquierda (Figura 3)	Parotidectomía total	Desaparición tras tratamiento del tumor primario
4	Síndrome de neuralgia - asistolia glosfaríngea	Varón	64	Orofaringe (paladar blando)	Carcinoma epidermoide (T3N2bM0)	TC: Tumoración orofaríngea	QT/RT	Desaparición tras tratamiento del tumor primario
5	Síndrome del seno carotideo	Varón	90	Orofaringe (base de lengua)	Carcinoma epidermoide (T2N3M0)	TC: Adenopatía metastásica en el espacio parafaríngeo	RT	Marcapasos

QT/RT: quimioterapia/radioterapia

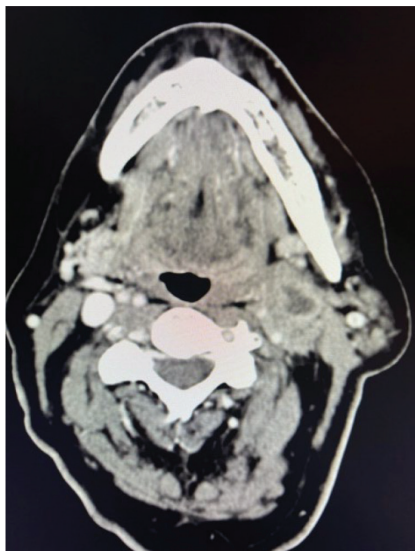


Figura 1. TC. tumor necrótica espacio parafaríngeo izquierdo.

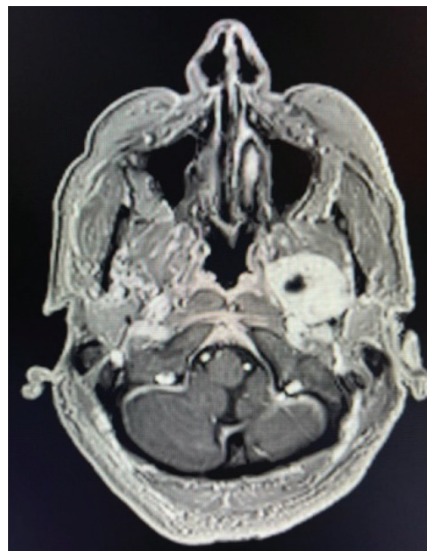


Figura 3. RM. tumor en el lóbulo profundo parótida izquierda.



Figura 2. PET:captación en tumor laterocervical, hemilengua y amígdala izquierdos.

nervio glossofaríngeo, seguidos de síncope. Aunque algunos autores describen el Síndrome del espacio parafaríngeo [8], creemos que el mecanismo es muy similar al del Síndrome de seno carotídeo, por lo que asociamos el resto de nuestros casos a este último.

En cuanto a la relación del síncope con el diagnóstico de los tumores de cabeza y cuello, en los casos n.º 1 y 3, el síncope fue el primer síntoma, lo que llevó al diagnóstico del tumor. En los demás casos, el síncope ocurrió después del diagnóstico y el inicio del tratamiento.

Es indispensable descartar patologías cardíacas y neurológicas antes de atribuir los síncope a tumores en cabeza y cuello, evaluando a los pacientes con especialistas en estas áreas.

La evaluación radiológica ayuda a identificar la relación entre la tumoración y las áreas que podrían desencadenar los síncope, como la orofaringe o el espacio parafaríngeo. Aunque la TC y el PET-TC son útiles, la resonancia magnética (RM) proporciona una mejor visualización de tejidos blandos y la relación con el seno carotídeo [8].

De los cinco pacientes con tumores de cabeza y cuello, tres recibieron quimio/radioterapia, uno solo radioterapia y otro, con un tumor benigno, fue operado.

El tratamiento definitivo del síncope suele implicar la cirugía del tumor, cuando es posible, o la reducción del tamaño tumoral mediante QT/RT [3, 7]. En los casos en que el síncope fue el síntoma inicial, un paciente fue operado y otro recibió QTRT, lo que resolvió los episodios de síncope en ambos. Sin embargo, en los pacientes que presentaron síncope tras el diagnóstico del tumor, uno no mejoró con QTRT, mientras que el otro sí.

De nuestra casuística, solo un paciente (n.º 5) recibió tratamiento específico para los síncope mediante la implantación de un marcapasos. También se han aplicado técnicas de cardioablación con buenos resultados [10]. Algunos autores sugieren la implantación de marcapasos en casos donde predomina la respuesta cardiorritmizante, así como el uso de vasopresores cuando predomina la respuesta vasodilatadora [3, 7].

Este estudio presenta varias limitaciones importantes. El tamaño de la muestra es pequeño, lo que restringe la capacidad para realizar generalizaciones robustas sobre la relación entre los tumores de cabeza y cuello y el síncope. Además, existe el riesgo de sesgo de selección, dado que se trata de un estudio retrospectivo realizado en un único centro hospitalario. Para superar estas limitaciones y aumentar la validez de los resultados, se recomienda la realización de estudios multicéntricos que incluyan una muestra más grande de pacientes. Esto permitiría una mejor generalización de los resultados y proporcionaría una visión más amplia sobre el manejo y la prevalencia del síncope en pacientes con tumores de cabeza y cuello.

CONCLUSIONES

El síncope, aunque infrecuente, puede constituir una manifestación clínica de los tumores de cabeza y cuello, tanto benignos como malignos.

Esta condición puede presentarse antes del diagnóstico de la enfermedad o posteriormente al tratamiento, debido a la progresión tumoral o a la falta de éxito terapéutico. Generalmente, el síncope ocurre por invasión del espacio parafaríngeo; no obstante, también puede afectar otras áreas inervadas por el nervio glosofaríngeo o el nervio vago. En casos de síncope recurrentes sin una causa cardiovascular evidente, es esencial considerar la posible relación con una patología tumoral. Resulta crucial tener presente esta eventualidad, especialmente en pacientes con diagnóstico confirmado de tumor, y proceder a una evaluación radiológica exhaustiva del espacio parafaríngeo y retrofaríngeo si estos pacientes experimentan síncope sin una causa aparente, ya que dichos episodios podrían ser indicativos de progresión tumoral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martone AM, Parrini I, Ciciarello F, Galluzzo V, Cacciatore S, Massaro C, et al. Recent Advances and Future Directions in Syncope Management: A Comprehensive Narrative Review. *JCM*. 2024; 13(3):727. <https://doi.org/10.3390/jcm13030727>
2. Van Dijk JG, Van Rossum IA, Thijs RD. The pathophysiology of vasovagal syncope: Novel insights. *Auton Neurosci*. 2021;236:102899. <https://doi.org/10.1016/j.autneu.2021.102899>
3. Toscano M, Cristina S, Alves AR. Carotid Sinus Syndrome in a Patient with Head and Neck Cancer: A Case Report. *Cureus*. 2020;12:e7042. <https://doi.org/10.7759/cureus.7042>
4. Voboril GR, Rotondaro JC, Rosati M, Guerrieri VC, Martinez YP, Martinenghi N, et al. Casuística síndrome del seno carotídeo asociado a linfoma B cervical. *Medicina (B. Aires)*. 2022; 82:300-303.
5. Sutton R. Carotid sinus syndrome: Progress in understanding and management. *Glob Cardiol Sci Pract*. 2014;2014(2):18. <https://doi.org/10.5339/gcsp.2014.18>

6. Whitman MA, Jefferson A, Pincelli T, Sanghavi DK. Case of vago-glossopharyngeal neuralgia secondary to metastatic oropharyngeal cancer. *BMJ Case Rep.* junio de 2020;13(6):e232820. <https://doi.org/10.1136/bcr-2019-232820>
7. Jannone Pedro N, Domingo Monge FJ, Lominchar Espada J. Neuralgia glossofaríngea asociada a síncope y secundaria a carcinoma de cuello. *Rev Neurol.* 2018;67(09):371. <https://doi.org/10.33588/rn.6709.2018104>
8. Nakahira M, Nakatani H, Takeda T. Syncope as a Sign of Occult Malignant Recurrence in the Retropharyngeal and Parapharyngeal Space: CT and MR Imaging Findings in Four Cases. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2002;23:1257-60.
9. Minkara A, Dhanda-Patil R, Patil Y. Syncope caused by a pleomorphic adenoma: Case report and literature review. *Ear Nose Throat J.* 2018;97:E23-E26. <https://doi.org/10.1177/0145561318097001-206>
10. Bozyel S, Güler TE, Çelik M, Dalgıç N, Şipal A, Yalnız A. Cardioneuroablation for treatment of carotid sinus syndrome secondary to oropharyngeal squamous cell cancer. *J Cardiovasc Electrophysiol.* 2023;34:1305-1309. <https://doi.org/10.1111/jce.15895>

