



Nota clínica

Llanto excesivo en el lactante. Síndrome del torniquete

Eva Sauces Martínez^a, María Arranz Boned^a, Prado Sánchez Ruiz^b,
Miguel Ángel García Cabezas^c

Publicado en Internet:
20-junio-2022

Eva Sauces Martínez:
eva_sauces1@hotmail.com

^aMIR-Pediatria. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real. España

• ^bPediatra. CS de Bolaños. Ciudad Real. España • ^cServicio de Pediatría.

Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

Palabras clave:

- Isquemia
- Lactante
- Síndrome del torniquete capilar

Resumen

El síndrome del torniquete capilar es una afectación poco común, en la que un pelo o un hilo se enrolla alrededor de un apéndice, comprimiéndolo. Ocurre con mayor frecuencia en niños, sobre todo en lactantes menores de un año, afectando particularmente a los dedos de las manos o de los pies, aunque también pueden verse afectadas otras partes del cuerpo. Su diagnóstico y su tratamiento precoces son fundamentales para evitar la edematización progresiva de la zona afectada, que puede terminar en isquemia o incluso necrosis tisular, si no se retira la compresión a tiempo.

Excessive crying in the infant. Hair-thread tourniquet syndrome

Key words:

- Hair-thread tourniquet syndrome
- Infant
- Ischaemia

Abstract

Hair-thread tourniquet syndrome is a rare disorder characterized by hair or thread wrapping around an appendage, resulting in constriction. It usually occurs in children, especially under age 1 year, and chiefly involves the fingers or toes, although other parts of the body may also be affected. Its early diagnosis and early treatment are essential to avoid progressive oedema of the affected area, which can lead to ischaemia or even tissue necrosis, if the compression is not released in time.

INTRODUCCIÓN

El síndrome del torniquete capilar es un trastorno poco común, caracterizado por un cabello que se enrolla firmemente alrededor de un apéndice, típicamente los dedos de las manos y los pies, o incluso el pene, el clítoris o la úvula, pudiendo conducir a isquemia y necrosis tisular. Esta patología tiene lugar fundamentalmente en pacientes pediátricos, afectando sobre todo a lactantes que acuden al servicio de urgencias por llanto inconsolable.

CASO CLÍNICO

Lactante de 9 meses sin antecedentes de interés que acude al servicio de urgencias por llanto excesivo durante los últimos dos días. No asocia fiebre, disminución de la ingesta, ni otra sintomatología. El día previo es valorado por el mismo motivo, descartándose infección del tracto urinario mediante sedimento de orina, sin encontrar hallazgos significativos en la exploración. Consulta de nuevo porque continúa con irritabilidad excesiva. Tras ser valorado por segunda vez se evidencia durante la

Cómo citar este artículo: Sauces Martínez E, Arranz Boned M, Sánchez Ruiz P, García Cabezas MA. Llanto excesivo en el lactante. Síndrome del torniquete. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:e225-e227.

exploración física un enrojecimiento e inflamación de la falange distal del tercer dedo del pie izquierdo (**Figs. 1 y 2**), visualizándose un cuerpo extraño a nivel de la articulación interfalángica distal que ejerce presión circumferencial sobre la zona. Tras limpiar y examinar la zona se visualiza un cabello de unos diez centímetros de longitud que es el causante del estrangulamiento en dicha zona, provocando una herida incisa. Se procede a retirar el cuerpo extraño con unas pinzas y una hoja de bisturí, pudiendo desenrollar y retirar el pelo de forma íntegra y realizando una cura local posteriormente. Tras seguimiento ambulatorio dos días después se comprueba la mejoría de la inflamación y el cese de la irritabilidad.

DISCUSIÓN

El síndrome del torniquete fue descrito por primera vez por Barton *et al.*¹ que describen cómo un cabello, hilo o similar puede producir esta patología, acuñándole el nombre de “síndrome del torniquete”.

En la mayoría de los casos se presenta en niños pequeños y en lactantes, con una edad media de unos cinco meses. El mecanismo de producción consiste en la estrangulación del tejido por un pelo o un hilo, pudiendo dar lugar a una obstrucción del drenaje linfático y del retorno venoso, produciendo un edema de la parte distal a la zona estrangulada por el pelo. En algunos casos incluso puede llegar a comprometer el flujo arterial, provocando una isquemia tisular si no se retira a tiempo².

Uno de los posibles factores predisponentes es el eflujo telógeno que tiene lugar en las madres durante el posparto, de manera que la pérdida excesiva de cabello puede exponer al bebé a un mayor riesgo de síndrome del torniquete. El eflujo telógeno se da especialmente entre el segundo y el cuarto mes tras el parto, coincidiendo este periodo con la edad de mayor incidencia de esta patología en lactantes³.

Los pacientes suelen consultar en el servicio de urgencias por irritabilidad, encontrándose signos de estrangulación con edema e inflamación del miembro afectado, tras realizar una exploración física mi-

Figuras 1 y 2. Enrojecimiento y edema de la parte distal al estrangulamiento por un cabello enrollado en el dedo del pie



nuciosa. Por ello, es importante desnudar por completo a los lactantes durante la misma, ya que en muchas ocasiones el miembro afectado puede no estar visible, como en el caso de nuestro paciente, que se encontraba oculto por un calcetín, teniendo que consultar en dos ocasiones en urgencias.

Aunque en la mayoría de los casos descritos en la literatura afectan a los dedos de los pies, dedos de las manos, el pene y el clítoris, la úvula y el cuello⁴, pueden verse afectadas otras zonas que también han sido descritas con menor frecuencia. Las complicaciones más graves se encuentran en los casos en los que el estrangulamiento afecta a los genitales, pudiendo producir gangrena del pene o fistulas uretrales⁵. Por ello, es necesario informar a los padres sobre la importancia de observar las manos, los pies y la región genital de los lactantes cuando presentan irritabilidad excesiva, ya que de esta forma se pueden evitar complicaciones tardías.

El diagnóstico en ocasiones puede ser complejo, ya que si el cabello permanece estrangulando el dedo durante varios días puede llegar a producir un corte profundo, incrustándose en el tejido y dificultando su visualización por epitelización de este⁶.

El tratamiento de esta afectación consiste, en la mayoría de los casos, en desenrollar el cabello de la

zona estrangulada para lograr su descompresión lo más precozmente posible, pudiendo ayudarnos de unas tijeras o una hoja de bisturí para cortar el pelo en la misma sala de urgencias. Sin embargo, en algunos casos la zona está tan edematosa y la herida es tan profunda que el cabello queda incrustado, dificultando el proceso de liberación. En estos casos puede llegar a ser necesaria la retirada en el quirófano bajo analgesia².

CONCLUSIÓN

El síndrome del torniquete es una afectación poco común pero que ha de tenerse en cuenta ante cualquier lactante que consulta por llanto e irritabilidad. Por ello, es de especial interés conocerlo, siendo fundamental realizar siempre una exploración física completa, pues tiene un fácil diagnóstico y tratamiento en la mayoría de los casos, pudiendo tener consecuencias fatales si no se diagnostica a tiempo⁷.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barton DJ, Sloan GM, Nichter LS, Reinisch JF. Hair-thread tourniquet syndrome. Pediatrics. 1988; 82:925-8.
2. Alruwaili N, Alshehri HA, Halimeh B. Hair tourniquet syndrome: Successful management with a painless technique. Int J Pediatr Adolesc Med. 2015;2:34-7.
3. Sivathasan N, Vijayarajan I. Hair-thread tourniquet syndrome: a case report and literature review. Case Rep Med. 2012;2012:4-7.
4. Baştug O, Korkmaz I, Korkut S, Halis H, Kurtoğlu S. Hair-thread tourniquet syndrome in a preterm baby. Turk Pediatri Ars. 2015;50:245-7.
5. Okeke LI. Thread embedded into penile tissue over time as an unusual hair thread tourniquet injury to the penis: a case report. J Med Case Rep. 2008;2:230.
6. García-Mata S, Hidalgo-Ovejero A. Hair tourniquet syndrome of the toe: report of 2 new cases. J Pediatr Orthop. 2009;29:860-4.
7. García Gijón CP, Arrabal Vela MA, Román Barba V. Llanto inconsolable en el lactante. Pediatr Integral. 2016;XX(2):129.e1-129.e6.