

Síncope en el consultorio dental.

Syncopes in the dental office.

Agustín Tiol-Carrillo*

RESUMEN

El síncope es la pérdida brusca y transitoria del estado de consciencia que puede presentarse tras eventos de estrés, temor, dolor o cambios bruscos de posición. Si bien se trata de un evento de fácil y rápida resolución, suele ser sumamente alarmante al momento de presentarse. Los síncope constituyen uno de los eventos adversos menos comunes en la consulta dental, y resulta importante que los odontólogos comprendan la etiología, la fisiopatología y el tratamiento a seguir cuando éstos se presenten. El objetivo del presente artículo consiste en profundizar acerca de los diferentes tipos de síncope que pueden presentarse en el consultorio dental, así como las conductas a seguir para su tratamiento y resolución, mediante una revisión de la literatura actualizada.

Palabras clave: síncope, lipotimia, urgencia, reflejo vasovagal.

ABSTRACT

Syncope is the sudden and transient loss of consciousness that can occur after events of stress, fear, pain or abrupt changes in position. Although it is an event that is easily and quickly resolved, it tends to be extremely alarming when it occurs. Syncope is one of the less common adverse events in dental practice, and it is important for dentists to understand its etiology, pathophysiology and treatment. The objective of this article is to delve into the different types of syncope that can occur in daily dental practice, as well as the appropriate management and resolution strategies, through a review of the current literature.

Keywords: syncope, lipothymia, urgency, vasovagal reflex.

INTRODUCCIÓN

En el consultorio dental pueden acontecer diferentes eventos adversos y es importante que el odontólogo sepa identificarlos y tratarlos cuando éstos se presenten. Uno de los eventos menos comunes, pero bastante aparatoso, que pueden manifestarse durante la consulta odontológica es el síncope, el cual consiste en un episodio momentáneo de pérdida de consciencia mediada por diversos mecanismos.

Se entiende por síncope la pérdida brusca y transitoria del conocimiento y del tono postural, de corta duración,¹ la cual no constituye un diagnóstico por sí misma, debido a que en este evento se suscitan numerosos eventos fisiopatológicos que culminan en la pérdida del conocimiento; siempre es importante detectar su origen.^{1,2}

Si bien los síncope son eventos relativamente comunes en la vida cotidiana, cuando ocurre uno durante la consulta dental genera un importante estrés al odontólogo, debido a lo aparatoso que este evento suele ser; por lo que resulta importante que el profesional identifique qué es un síncope, qué tipos existen, cuáles son las causas más comunes que se pueden presentar durante las intervenciones odontológicas y, desde luego, cómo actuar en caso de que este evento se suscite.

El objetivo del presente artículo es profundizar, mediante una revisión de la literatura, en la etiología, la fisiopatología y el tratamiento de los síncope más comunes que se pueden presentar en la consulta odontológica.

* Profesor investigador de tiempo completo, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México.
ORCID: 0000-0003-0067-7292

Recibido: 29 de diciembre de 2025. Aceptado: 24 de marzo de 2026.

Citar como: Tiol-Carrillo A. Síncope en el consultorio dental. Rev ADM. 2026; 83 (3): 170-173. <https://dx.doi.org/10.35366/123431>



Síncope: definición, clasificación y cuadro clínico

El síncope es una pérdida transitoria del conocimiento por hipoperfusión cerebral de inicio rápido, duración corta y recuperación completa, generalmente espontánea,³ cuya etiología es diversa. Independientemente de su causa, el común denominador de los diferentes tipos de síncope es la pérdida transitoria del flujo sanguíneo cerebral.

Si bien todos los síncope se acompañan de los mismos signos y síntomas, es importante identificar los diferentes tipos que existen, debido a que un síncope no constituye una entidad nosológica por sí misma, sino más bien es la consecuencia de otras alteraciones fisiopatológicas.

En general, los síncope pueden clasificarse en: reflejos o neurológicamente mediados, causados por hipotensión ortostática, y cardiogénicos.⁴

El evento sincopal menos grave se conoce como presíncope o lipotimia, el cual carece de signos y síntomas propios de un síncope franco,⁵ pudiendo presentar únicamente mareo, sensación de tener la cabeza liviana, visión borrosa o hipoacusia, pero sin pérdida de consciencia.

El síncope reflejo o neurológicamente mediado consiste en una alteración de la regulación normal de la presión arterial que produce bradicardia y vasodilatación, lo que desencadena una disminución abrupta de la presión arterial y, como consecuencia, una hipoperfusión cerebral que produce una pérdida del estado de consciencia. Este puede ser causado por circunstancias diversas, como episodios de estrés intenso, deshidratación o estar de pie por un tiempo prolongado.

El síncope causado por hipotensión ortostática se manifiesta por una disminución rápida de la presión arterial sistólica, de 20 mmHg o más, al ponerse de pie después de estar acostado o sentado; esto debido a que existe una acumulación de aproximadamente 0.5 a 1 L de sangre en las extremidades inferiores y, ante el cambio súbito de posición, se produce una reducción del retorno venoso, lo que a su vez genera una disminución del gasto cardíaco y de la perfusión cerebral.⁶

Por otro lado, es frecuente que los síncope cardiogénicos se asocien a patologías estructurales del corazón y del ritmo cardíaco (por ejemplo, padecimientos como la estenosis valvular o las arritmias) que provocan obstrucciones en el flujo sanguíneo del corazón, lo que, a su vez, disminuye abruptamente la perfusión del cerebro. Si bien la mayoría de los síncope no constituyen un riesgo para la vida del paciente, el síncope cardiogénico está acompañado generalmente de alguna patología subyacente, lo que constituye un pronóstico desfavorable para el paciente.

Debido a que el cerebro es un órgano sumamente lábil a la falta de oxígeno, pues no presenta reservas de fosfatos de alta energía, basta con un periodo de hipoxia de 6 a 8 segundos para que se comiencen a manifestar los signos y síntomas sincopales; la hipoperfusión cerebral afecta principalmente la sustancia reticular del bulbo raquídeo que regula el estado de alerta, atención y consciencia.⁷ Por lo tanto, cuando se disminuye la oxigenación del cerebro, independientemente de la causa que lo produzca, comenzarán una serie de síntomas prodrómicos como consecuencia de la hipoperfusión retiniana y cerebral, entre las que destacan alteraciones visuales, acúfenos, mareos, náuseas y debilidad. Es importante resaltar que estos síntomas sólo se perciben cuando la caída de la presión arterial fue lo suficientemente lenta para que el paciente los perciba. En otras ocasiones, cuando la hipoperfusión cerebral es abrupta, es posible que el paciente experimente el síncope sin ni siquiera notarlos.⁸

Aunque la pérdida de consciencia generalmente dura menos de 10 segundos, es quizá el momento más alarmante del episodio, además de que el paciente corre peligro de sufrir algún trauma craneoencefálico si sobreviene una caída tras perder el estado de alerta. Durante el síncope, es posible observar al paciente pálido, por la pobre perfusión sanguínea de la cara, con los ojos abiertos y las pupilas dilatadas, la presión arterial sistólica tiende a disminuir por debajo de 60 mmHg, y es posible que la respiración no se detecte con facilidad. Es importante resaltar que, si el evento se prolonga más de 15 segundos, es común que el paciente presente relajación de esfínteres, además de espasmos clónicos, contracciones faciales y extensiones tónicas que mimetizan una convulsión epiléptica, sin serlo; esto es especialmente importante para no confundir el diagnóstico real del evento.^{4,7,8}

Síncope más comunes en la consulta dental

Los eventos sincopales más frecuentes en la consulta dental son los autonómicos, ya que en el consultorio dental el paciente experimenta numerosas sensaciones no del todo agradables que lo mantienen tenso y temeroso, además de variaciones constantes de la postura corporal durante la atención dental. Si bien la mayoría de los pacientes se presentan ansiosos a la consulta dental, no es común que éstos presenten síncope.

Durante la historia clínica, es importante que el odontólogo indague sobre antecedentes de síncope, ya que, al no existir predictores francos de esta condición, resulta importante identificar antecedentes en cada paciente, lo cual ayudaría a identificar posibles casos. También es

importante cuestionar sobre la presencia de pródromos como mareo, sudoración, visión borrosa, náuseas, palpitaciones o factores que predispongan estos eventos como estrés, calor, dolor o ruidos, e incluso si los cambios inmediatos de posición han provocado estos eventos.⁶

Después del evento, sobreviene la recuperación del estado de consciencia, la cual tarda de 20 a 30 segundos, y es común que el paciente perciba fatiga, palidez, náuseas, bostezos, además de hipotensión arterial por un tiempo.

Atención del síncope durante la consulta odontológica

Como ya se mencionó, en la primera consulta el odontólogo debe realizar una historia clínica detallada para conocer los antecedentes heredofamiliares, patológicos y no patológicos del paciente.

Durante este interrogatorio, el paciente referirá si ha presentado o no eventos sincopales y con qué frecuencia. En caso de que se detecte a un paciente con antecedentes de síncope, es importante profundizar en el interrogatorio para conocer a detalle los agentes desencadenantes del mismo, así como los síntomas previos y el tiempo que ha tomado la recuperación total del estado de consciencia.

Sin embargo, cuestionar exclusivamente sobre los antecedentes sincopales resulta insuficiente; es de suma importancia interrogar si el paciente ha recibido algún diagnóstico médico que los justifique, ya que en los casos en que estos eventos son recurrentes, los médicos suelen realizar un electrocardiograma para descartar que éstos sean producidos por una comorbilidad subyacente como insuficiencia cardíaca o estenosis aórtica.^{7,9} Es importante destacar que, aunque el paciente niegue haber tenido síncope durante su vida, no lo exenta de poder presentar uno durante la consulta dental.

Durante un tratamiento dental rutinario puede haber diversos detonantes que pudieran desencadenar un síncope. En primer lugar, el estrés y el temor que muchos pacientes suelen tener ante la consulta dental y ante las sensaciones desagradables que pueden percibirse durante ésta. En pacientes extremadamente sensibles, una punción anestésica es suficiente para que se desencadene la pérdida de consciencia por un reflejo vasovagal.

Es importante destacar que el síncope vasovagal es el más común en la infancia,¹⁰ el cual se acompaña con frecuencia de síntomas prodrómicos de inestabilidad, pérdida del tono postural y, finalmente, la pérdida del conocimiento.

Durante una intervención odontológica, es necesario recostar al paciente para poder realizar los tratamientos

de la forma más ergonómica posible; sin embargo, tras un periodo continuo de encontrarse en posición supina, un cambio brusco de posición pudiera desencadenar un síncope ortostático, el cual ocurre por una disminución abrupta de la presión sistólica, cuando esta baja 20 mmHg o más,^{4,6} produciéndose un flujo sanguíneo disminuido a nivel cerebral que genera mareos y una pérdida casi inmediata de la consciencia. Si bien este tipo de evento sincopal puede manifestarse en cualquier paciente, es mucho más común en adultos mayores.⁶ Es por ello que, a modo preventivo, siempre que se incorpore a un paciente es importante que se haga lentamente y que no se le permita ponerse de pie hasta que hayan pasado algunos minutos del cambio de posición.

Como ya se mencionó con antelación, aunque las manifestaciones clínicas de todos los tipos de síncope son en esencia las mismas, el origen de cada uno es distinto, por lo que es preciso determinar la causa real del síncope siempre que se presente.⁵

Entendido lo anterior, resulta de extrema importancia la conducta a tomar durante un evento sincopal en la consulta dental. Es importante destacar que, por más aparatoso que sea este evento, el profesional debe guardar en todo momento la calma para poder brindar los cuidados correctos al paciente. Es una ventaja si el síncope se presenta cuando el paciente se encuentra recostado sobre la unidad, pues no existe un riesgo real de sufrir algún tipo de traumatismo al momento de la pérdida de la consciencia. Por el contrario, en pacientes con alta susceptibilidad a sufrir un síncope ortostático, es obligatorio que el odontólogo se mantenga atento en todo momento al estado de alerta del paciente cuando éste se pone de pie para prevenir traumatismos en caso de que pierda el conocimiento.

Apenas se manifieste la pérdida de consciencia, es de vital importancia que el clínico diferencie si se trata de un síncope o bien de otras condiciones posibles como accidentes cerebrovasculares, vértigo, ataxias o crisis convulsivas,⁵ ya que, si bien sus manifestaciones pudieran ser semejantes, su manejo clínico es completamente diferente. Durante el evento, se debe realizar una rápida pero adecuada exploración clínica que permita identificar la presencia de signos vitales,¹¹ así como la toma de glucemia capilar para descartar hipoglucemia, mientras se espera a que el paciente recupere el conocimiento de forma espontánea, situación que puede tomar desde segundos hasta uno o dos minutos.⁵

Sin embargo, mientras se espera a que el paciente recupere el estado de consciencia, se recomienda llevar a cabo algunas medidas que favorezcan una pronta recu-

peración. Debido a que los síncope siempre se asocian a hipoperfusión cerebral, colocar al paciente en posición de Trendelenburg es fuertemente recomendado, ya que permite el adecuado retorno sanguíneo cerebral.¹¹⁻¹³ Ésta consiste en colocar al paciente en posición decúbito supina con la cabeza hacia abajo y las piernas por encima del nivel de la cabeza. La posición de Trendelenburg provoca una redistribución gravitacional de la sangre, desde las extremidades inferiores y el abdomen hacia el corazón, lo que resulta en un aumento del retorno venoso.¹⁴

Se recomienda la administración de oxígeno suplementario mediante mascarilla o puntas nasales.^{13,15} Por otro lado, es importante la toma de la tensión arterial y de la frecuencia cardíaca durante y después del evento. Si la frecuencia cardíaca se mantiene por debajo de 40 latidos por minuto, se recomienda el uso de anticolinérgicos como la atropina para tratar la bradicardia.^{11,13} La atropina es un fármaco con acción antagonista, selectivo de los receptores muscarínicos, que, a nivel cardíaco, produce aumento de la frecuencia cardíaca y mejora la conducción auriculoventricular.¹⁶

Desde luego, ante un síncope, la atención odontológica debe ser suspendida y priorizar la atención del evento adverso. Si bien el odontólogo es quien debe decidir si continuar el tratamiento o no, una vez que el paciente se haya recuperado totalmente, se recomienda la reprogramación del procedimiento para permitir la normalización de los signos vitales y la plena recuperación del paciente.

CONCLUSIONES

Ningún odontólogo se encuentra exento de enfrentar eventos adversos durante su vida profesional, por lo que debe estar debidamente preparado para atender de forma expedita cualquier urgencia que se suscite durante la atención de sus pacientes. Los síncope, si bien son eventos adversos menores y poco comunes, paradójicamente son de los más alarmantes, por su presentación rápida y abrupta. No hay que olvidar que en el consultorio dental se llevan a cabo procedimientos capaces de generar dolor y temor a los pacientes, los cuales requieren de una modificación de su posición corporal para llevarlos a cabo. Por lo anterior, tener presente en todo momento las causas y la fisiopatología de los síncope permite al

odontólogo actuar de manera diligente y correcta, en beneficio de sus pacientes.

REFERENCIAS

1. Eirís PJ, Rodríguez NA, Gómez LC, Martínón-Torres F, Castro-Gago M, Martínón SJM. Síncope en el adolescente. Orientación diagnóstica y terapéutica. *An Pediatr (Barc)* 2005; 63 (4): 330-339.
2. Benditt DG. Síncope: Revisión diagnóstica y terapéutica. *Rev Urug Cardiol*. 2011; 26: 38-54.
3. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, Deharo JC, Elliott PM, Fanciulli A, et al. Guía ESC 2018 sobre el diagnóstico y el tratamiento del síncope. *Rev Esp Cardiol*. 2018; 71 (10): 837.e1-837.e92.
4. Cho BH. The pathophysiology of syncope and the role of transcranial Doppler in its diagnostic evaluation. *J Neurosonol Neuroimag*. 2024; 16 (2): 51-62.
5. Sánchez SJ, Menárguez PJF. Síncope. *AMF*. 2023; 19 (9): 526-535.
6. Miguel AA, Soto MP, Mix A, Aguilera P, Lara HB. Evaluación del paciente con síncope en el servicio de urgencia. *Rev Chil Med Intensiva*. 2016; 31 (3): 175-182.
7. Narro ML, Fraile R, Sáez L, Arribas J. Síncope. Diagnóstico diferencial. *SEMERGEN*. 2001; 27: 297-300.
8. Wieling W, Thijs RD, van Dijk N, Wilde AA, Benditt DG, van Dijk JG. Symptoms and signs of syncope: a review of the link between physiology and clinical clues. *Brain*. 2009; 132 (Pt 10): 2630-2642.
9. Moya-i-Mitjans A, Rivas-Cándara N, Sarrias-Mercé A, Pérez-Rodón J, Roca-Luque I. Síncope. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 65 (8): 755-765.
10. Fernández Álvarez R, González García J. Diagnóstico y tratamiento del síncope. *Protoc Diagn Ter Pediatr*. 2020; 1: 177-182.
11. Rojas HIA, Morales ND, Hernández PW. Urgencias médicas durante la práctica estomatológica. *Rev Haban Cienc Med*. 2021; 20 (6): e3238.
12. Vázquez NX, Brusca MI, Garzón ML, Ferreira AV. Comprehensive management of medical emergencies in dental practice. *Health Leadership Qual Life*. 2023; 2: 153.
13. Morales-Romero JT, Herrera-Barraza VA, Ferrer-Valdivia NF. Manejo inicial de las emergencias médicas en la práctica odontológica: una revisión de la literatura. *Odontoestomatología*. 2024; 26 (4): 1-14.
14. Likhvantsev VV, Landoni G, Berikashvili LB, Polyakov PA, Ya Yadgarov M, Ryzhkov PV et al. Hemodynamic impact of the trendelenburg position: a systematic review and meta-analysis. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2025; 39 (1): 256-265.
15. Cardoso MB, Brusca MI, Verdu SD, Jewtuchowicz V. Emergencias médicas en el consultorio odontológico: retos y soluciones. *Odontología (Montevideo)*. 2023; 1: 15.
16. Flores-Umanzor E, Cepas-Guillen PL, Sanchis L, Regueiro A, Díaz-Ricart M. Valor predictivo de la respuesta a la atropina en pacientes con bradiarritmia en presencia de fármacos bradicardizantes. *Rev Esp Cardiol*. 2022; 75 (11): 962-974.

Correspondencia:

Agustín Tirol-Carrillo

E-mail: agustintiolcarrillo@gmail.com