

## Síndrome de Sandifer

### Sandifer's Syndrome

Mario López-Monzón<sup>(1)</sup>, Andrea Vivar<sup>(1)</sup>, David Gallo<sup>(1)</sup>, Alejandro Aguilar<sup>(1)</sup>.

1. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.

**Correspondencia:** Dr. Mario López-Monzón, [marrlopezm@gmail.com](mailto:marrlopezm@gmail.com)

**DOI:** <https://doi.org/10.36109/rmg.v161i3.495>

**Recibido:** 6 de Abril 2022 - **Aceptado:** 20 de Junio 2022 - **Publicado:** Septiembre 2022

## Resumen

*El Síndrome de Sandifer (SS) es un trastorno neuroconductual, descrito como hiperextensión de cuello, cabeza y tronco, al momento o luego de la ingesta. Esta manifestación se asocia a la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) en pacientes pediátricos. Comúnmente es confundido con convulsiones, patologías neurológicas o de origen neuromuscular. Se presenta un caso clínico de una paciente de 1 mes de edad, con alteración del patrón respiratorio y manifestaciones posturales secundaria al SS, que fue diagnosticado con pHmetría y esofagograma.*

**Palabras claves:** Reflujo gastroesofágico, síndrome de Sandifer.

## Abstract

*Sandifer's Syndrome (SS) is a neurobehavioral disorder, described as hyperextension of the neck, head and trunk, at the time or after ingestion. This manifestation is associated with Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) in pediatric patients. It is commonly confused with seizures, neurological or neuromuscular pathologies. We present a clinical case of a 1-month-old patient with an alteration of the respiratory pattern and postural manifestations secondary to SS, which was diagnosed with pHmetry and esophagogram.*

**Keywords:** Gastroesophageal reflux, Sandifer's syndrome.

## Introducción

El síndrome de Sandifer es una patología que se presenta como la suma de síntomas típicos de reflujo gastroesofágico y síntomas extraesofágicos [1]. Clínicamente se evidencia con cólicos, asfixia negativa para alimentarse, llanto, a lo que se le agrega una posición inusual, una hiperextensión de la columna cervical y dorsal, que en la mayoría de los casos es confundida con convulsiones. Por lo tanto, las estadísticas de esta patología no están definidas [1].

## Presentación de caso

Paciente femenina de 1 mes de edad, con antecedente de hospitalización desde el nacimiento por neumonía neonatal, colocación bajo ventilación mecánica por 3 días y necesidad de oxígeno en cánula binasal por 5 días, sepsis nosocomial, prematurez, bajo peso al nacer y pequeño para edad gestacional.

Paciente es citada para evaluación y seguimiento. A la evaluación, se nota cianótica y con taquipnea, por lo que es ingresada a encamamiento por sospecha de sepsis. Al examen físico, paciente normocéfala, fontanela anterior normotensa, cianosis peribucal, se evidencia hiperextensión cuello y tronco, posición de Sandifer (Fig. A). cuello simétrico, sin adenopatías, tórax simétrico y expansible, no ruidos patológicos, corazón rítmico y sincrónico con pulsos, no desdoblamiento, no soplos, abdomen blando y depresible, ruidos gastrointestinales presentes, extremidades móviles y simétricas, reflejos primitivos presentes, no signos de focalización.

Estudios de ingreso: Gasometría venosa sin alteración ácido-base, hematología en límites normales, pruebas de función renal, hepática y electrolitos normales, proteína C reactiva negativa, PCR para SARS-Cov-2 negativo, hemocultivos periféricos sin crecimiento bacteriano, cultivo de LCR sin crecimiento bacteriano, análisis de LCR no patológico, EEG y TAC cerebral sin alteraciones. Debido a que paciente presenta posición de Sandifer y periodos de apnea luego de lactar, se sospecha de enfermedad por Reflujo gastroesofágico, por lo que se realiza pHmetría esofágica de 24 horas.



Eventos de reflujo distal: 35 eventos (20 ácidos y 15 no ácidos). Episodios mayores a 5 minutos: 1 episodio. Episodio de mayor duración: 5.4 minutos. Tiempo de pH <4 (índice de reflujo): 2.5% del tiempo total de estudio (normal <10%). Puntaje de Boix-Ochoa: 10.0 puntos. Probabilidad de asociación de síntomas: Tos: 44%, regurgitación: 100% y arqueo: 64%. Impresiones diagnósticas: 1. Reflujo ácido y no ácido fisiológico. 2. Hipersensibilidad esofágica a reflujo ácido.

**Fig. 1: Posición Sandifer.** Postura caracterizada por hiperextensión de cuello y columna.

## Discusión

El síndrome de Sandifer se ha descrito como una manifestación neuroconductual atípica, secundaria a reflujo gastroesofágico en pacientes pediátricos [2,3]. Aunque no se conoce el mecanismo fisiopatológico por el cual se da, se especula que puede ser como una reacción postural y de alivio del paciente pediátrico ante el reflujo gastroesofágico ácido [2,3]. Se sospecha de hipersensibilidad esofágica al reflujo ácido en la paciente, ya que el reflujo ácido presentado no cumple criterios para clasificarse como patológico, se observó una fuerte asociación entre regurgitación y arcos con los episodios de reflujo ácido fisiológico, se logró una adecuada evolución con inhibidores de bomba de protones y fórmula antirreflejo.

## Referencias bibliográficas / References

1. Capó MA, Marqués MA. Seguimiento fisioterápico a lo largo de 14 meses a niño con síndrome de Sandifer. REV SOC ESP DOLOR [en línea] 2020; 27 (2): 329-3314. Disponible en:  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462020000500010](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000500010)
2. Quintero M, López K, Belandria K, Navarro D. Síndrome de Sandifer. A propósito de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en niños. GEN [en línea] 2012; 66 (2): 133-135. Disponible en: <http://www.genrevista.org/index.php/GEN/article/view/203/pdf>
3. Moreno J, Martínez C, del Mar M, Calatayud G. Diagnóstico y tratamiento del reflujo gastroesofágico. AN PEDIATR CONTIN [en línea] 2013; 11 (1): 1-10. Disponible en:  
<https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-diagnostico-tratamiento-del-reflujo-gastroesofagico-S1696281813701124>