

Messa a punto: la sincope da deglutizione

Alberto Solano

Il presente articolo offre lo spunto per alcune considerazioni sulla sincope da deglutizione.

Si tratta di un quadro clinico molto raro: sebbene nosograficamente ben definito, risultano, infatti, in letteratura solo una trentina di casi.¹

L'arco riflesso che ne è alla base sembra riconoscere impulsi afferenti dal tratto gastrointestinale superiore e impulsi efferenti vagali diretti al cuore capaci di determinare sia vari gradi di bradiaritmia, incluso il BAV totale,² sia vasodilatazione periferica con conseguente ipotensione.³

La maggior parte dei pazienti che sviluppano una sincope da deglutizione spesso presenta di base patologie di vario tipo, come infarto miocardico, cardite reumatica, tossicità digitalica o disturbi gastroesofagei, di cui non è conosciuta spiegazione, anche se, in qualche caso, non è possibile riconoscere alcun disturbo associato.¹

In letteratura, è pure riportato un caso di sincope da deglutizione verificatosi in un paziente appena estubato dopo intervento di by-pass aortocoronarico e attribuito a un'ipossia transitoria, che avrebbe potenziato il riflesso vagale faringo-cardiaco.⁴

Ai fini diagnostici, come spesso accade in medicina, un'anamnesi accurata può consentire da sola di porre una diagnosi pressoché di certezza:³⁻⁵ la comparsa dei sintomi sempre a seguito dell'assunzione di cibo o di bevande, soprattutto se gasate o fredde, costituisce più di un sospetto diagnostico, che può essere facilmente confermato facendo mangiare o bere il paziente sotto monitoraggio elettrocardiografico e pressorio. Il riscontro di una pausa e/o ipotensione con riproduzione dei sintomi consentirà, infatti, una diagnosi di certezza.¹⁻⁶⁻⁷ L'utilità del tilt test e del massaggio del seno carotideo è, in questi casi, minore rispetto all'anamnesi, non essendo la loro specificità sufficientemente elevata.

Una volta stabilito che si tratti di sincope da deglutizione, è opportuno valutare la presenza di patologie

associate, in particolare esofagee o cardiache ed escludere componenti iatrogene.¹⁻⁸

Trattandosi di una sincope situazionale riflessa e, perciò, di per sé benigna, il primo step terapeutico consiste nella rimozione della situazione, quando ciò sia possibile.

La sospensione della digitale, in caso di tossicità digitalica, o dell'antiipertensivo, in caso di ipotensione come "primum movens" della sincope, può consentire la guarigione del paziente.⁷⁻⁹⁻¹⁰

Altrimenti, semplici accorgimenti, come evitare di inghiottire pezzi di cibo di grosse dimensioni o di bere bevande gasate e/o fredde in ampi sorsi, possono essere spesso risolutivi.¹⁻³

Solo in caso di inefficacia di queste misure e in casi attentamente selezionati, può essere indicato l'impianto di un pace-maker definitivo bicamerale, nel caso di documentata asistolia da deglutizione, tenendo, comunque, sempre ben presente che la sincope da deglutizione è di tipo riflesso e quindi benigna e che può verificarsi anche in assenza di bradicardia, solo su base ipotensiva.⁶

Bibliografia

1. Kakuchi H, Sato N, Kawamura Y. Swallow syncope associated with complete atrioventricular block and vasovagal syncope. *Heart* 2000;83:702-704.
2. Farb A, Valenti SA. Swallow syncope. *Md Med J* 1999;48(4):151-154.
3. Olshansky B. A Pepsi challenge. *N Engl J Med* 1999 Jun 24;340(25):2006.
4. Haumer M, Geppert A, Karth GD, et al. Transient swallow syncope during periods of hypoxia in a 67 years old patient after self-extubation. *Crit Care Med* 2000 May;28(5):1635-1637.
5. Task force on syncope, European society of cardiology. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. *Eur Heart J* 2001;15:1245-1362.
6. Carey BJ, de Caestecker J, Panerai RB. More on deglutition syncope. *N Engl J Med* 1999 Oct 21;341(17):1316-1317.
7. Thome F, al-Amine A, Perrenoud JJ. Deglutition syncope. *Schweiz Med Wochenschr* 1992 Jan 18;122(3):73-76.
8. Elam MP, Laird JR, Johnson S, Stratton JR. Swallow syncope associated with complete atrioventricular block: a case report and review of the literature. *Mil Med* 1989 Sep;154(9):465-466.
9. Deguchi K, Mathias CJ. Continuous haemodynamic monitoring in an unusual case of swallow induced syncope. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999 Aug;67(2):220-222.
10. Guberman A, Catching J. Swallow syncope. *Can J Neurol Sci* 1986 Aug;13(3):267-269.