



El vértigo y sus diferentes formas de presentación en la edad pediátrica

Autor: Dr. Alberto Marín Muñoz
Tutores: Dra. Regina Penalva
Dr. Francisco Gómez
Dra. Rocio Jadraque





Índice

FISIOPATOLOGÍA

VÉRTIGO

¿Es frecuente la sospecha de vértigo?

Etiología

Anamnesis

Exploración física

Tipos de vértigo

CASOS CLÍNICOS

TRATAMIENTO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA





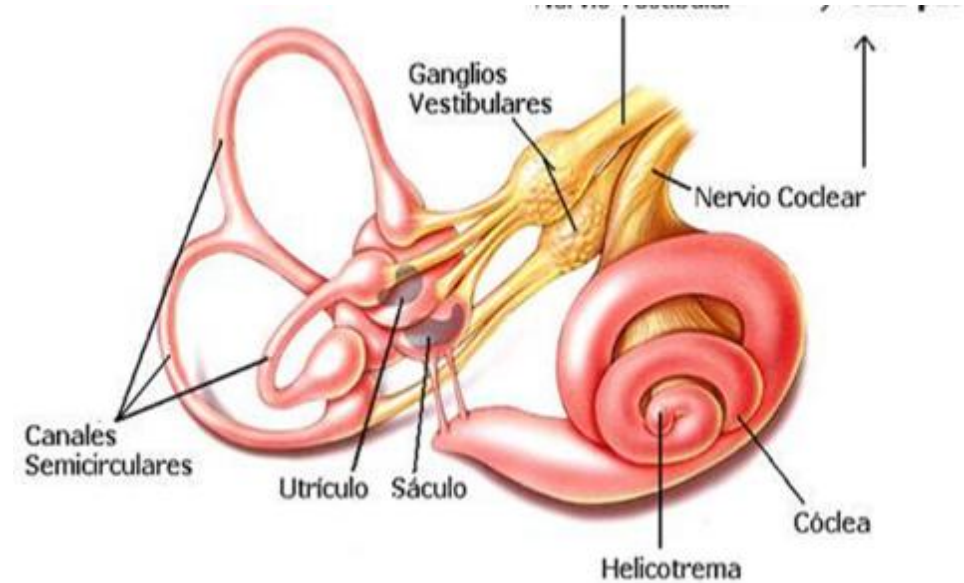
Fisiopatología



Retina
Vías visuales

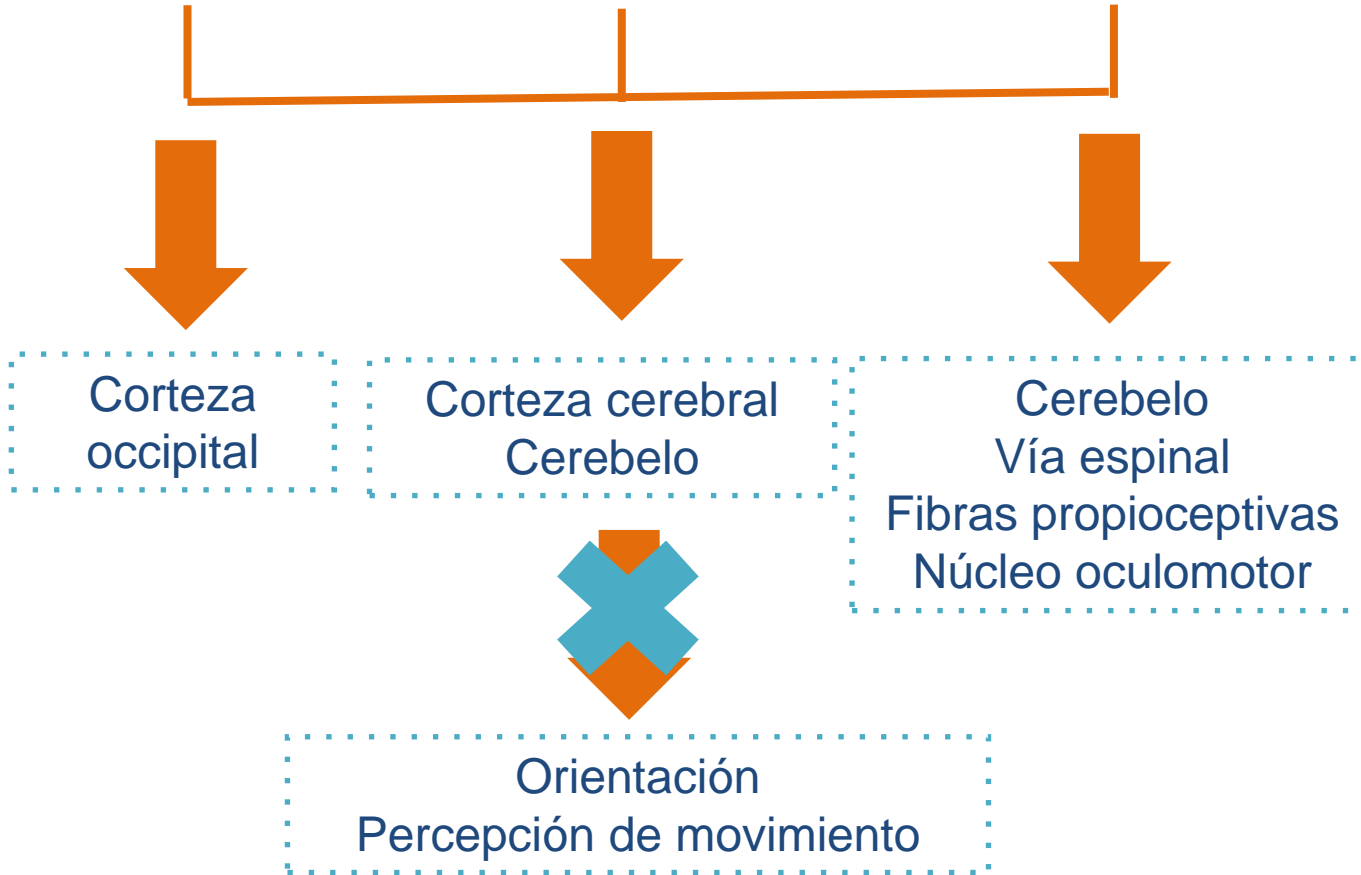
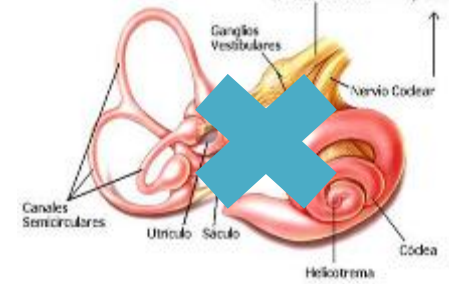


Propiorreceptores



Utrículo y sáculo: aceleración lineal
Crestas ampulares: aceleración angular







Vértigo

¿Es frecuente la sospecha de vértigo?

Ilusión de movimiento de uno mismo o del ambiente

Escasa prevalencia en población pediátrica (5,3-5,5%)

Los pacientes no son capaces de explicar sus síntomas o lo hacen de manera imprecisa

Diagnóstico clínico difícil y tardío

Debemos sospechar ante

.Niños escolares o adolescentes con “mareo”

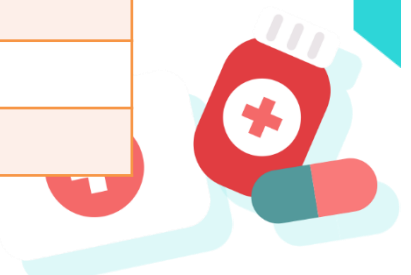
.Niños preescolares con marcha torpe, caídas, llanto, miedo...





Etiología

Vértigo periférico	Vértigo central
Migraña vestibular	Migraña basilar
Vértigo paroxístico benigno	Epilepsia parcial compleja
Otitis media	Meningoencefalitis aguda
Neuritis vestibular	Tumor del ángulo ponto-cerebeloso
Laberintitis	Fármacos con efecto sobre SNC (alcohol, sedantes, anticonvulsivantes, salicilatos)
Fármacos ototóxicos: aminoglucósidos, citostáticos, salicilatos, furosemida, isoniacida	Accidente cerebrovascular (isquemia vertebrobasilar o hemorragia cerebelosa)
Traumatismo	Esclerosis múltiple
Vértigo posicional paroxístico benigno	
Enfermedad de Menière	





Vértigo

Anamnesis

¿Hipoacusia,
acúfenos,
otalgia...?

¿Cefalea,
fotofobia,
sonofobia...?

¿Episodio
único o
recurrente?

¿Antecedentes?

¿Factores
desencadenantes?

¿Duración?





Vértigo

Exploración física

Constantes:
Glucemia
TA
FC
FR

Exploración
NRL

Auscultación
cardiopulmonar

Otoscopia

Maniobras
específicas

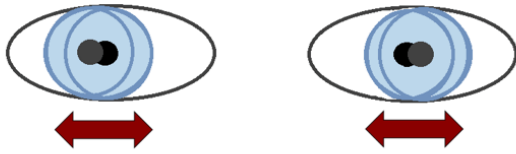




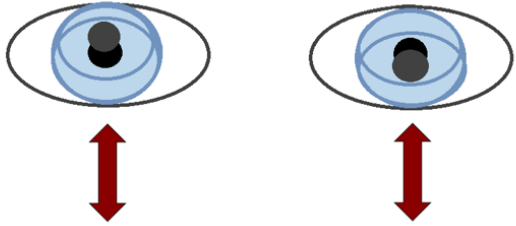
Vértigo

Exploración física

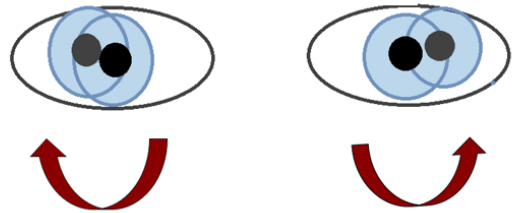
NISTAGMO HORIZONTAL



NISTAGMO VERTICAL



NISTAGMO ROTATORIO



Nistagmo



Romberg



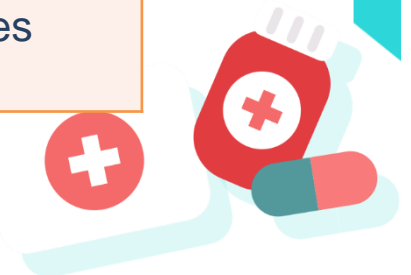
Unterberger





Vértigo

Datos clínicos	Vértigo periférico	Vértigo central
Comienzo	Brusco	Insidioso
Intensidad	Moderada-grave	Leve
Duración	Horas-días	Semanas
Evolución	Episódico/recurrente	Continuo/progresivo
Síndrome vegetativo (náuseas, vómitos, sudoración)	Grave, gran malestar	Leve-moderado o ausente
Alteraciones auditivas (acúfenos, hipoacusia)	Pueden aparecer	Sin relación
Signos neurológicos	Ausentes	Frecuentes (ataxia, defectos motores, sensitivos, pares craneales)





Vértigo

Datos clínicos	Vértigo periférico	Vértigo central
Nistagmo	Horizonto-rotatorio Unidireccional Se suprime con la fijación Armónico Inducido por posición	Vertical Cambiante, multidireccional No se suprime con la fijación Disarmónico No inducido
Desequilibrio	Leve-moderado	Grave
Romberg	Positivo hacia el lado enfermo. Se corrige al abrir los ojos	Negativo o positivo hacia cualquier lado No se corrige al abrir los ojos
Unterberger	Hacia el lado afecto	Hacia cualquier dirección





Casos clínicos teóricos





Caso clínico nº1

Niña de 2 años

Antecedentes médicos: **tortícolis paroxístico benigno** al año de vida

Antecedentes familiares: **madre diagnosticada de migraña**

Motivo de consulta

Inestabilidad y vómitos de varias horas de evolución

Necesidad de apoyo al andar y deseo de ser cogida en brazos

Niega traumatismo ni ingesta medicamentosa

Exploración física

Palidez cutánea

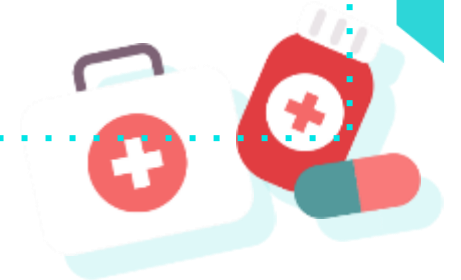
Inestabilidad durante la marcha sin clara lateralización

Aumento base sustentación

Pruebas complementarias

Analítica sanguínea anodina

Tóxicos en orina negativos





Vértigo paroxístico benigno de la infancia (VPBI)

Causa frecuente de **vértigo periférico en niños preescolares**

Vértigo de inicio repentino, de máxima intensidad en el inicio y de resolución espontánea

Duración entre **minutos y horas**

Asocia al menos uno de los siguientes: nistagmo, ataxia, vómitos, palidez, temor ...

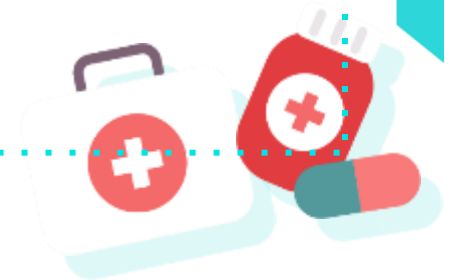
Aparecen en **clústeres**, de forma diaria durante varios días seguidos, remitiendo varias semanas y volviendo a aparecer de nuevo

Predomina en **edad preescolar**, excepcional en la adolescencia

Remite a los 5 y 7 años de edad

El **50%** de los casos se transforma en migraña (**equivalente migrañoso**)

Historia **familiar de migraña**





Caso clínico nº2

Adolescente de 13 años

Antecedentes médicos y familiares sin interés

Motivo de consulta

Sensación de mareo con giro de objetos

Cefalea frontal y opresiva

Fotofobia y sonofobia

Refiere episodios de varias horas de evolución que cada vez se hacen más frecuentes

Exploración física

Exploración neurológica normal, destaca Romberg positivo



Migraña vestibular

Episodios agudos y recurrentes

Vértigo periférico +/- cefalea de características migrañosas

Duración variable (minutos-horas)

Diagnóstico clínico (***criterios diagnósticos***)

Diagnóstico diferencial:

.Vértigo periférico benigno de la infancia (VPBI): episodios de menor duración y a menor edad

.Migraña basilar: entidad más infrecuente y asocia clínica neurológica



Migraña vestibular

Criterios diagnósticos

1. Al menos **5 episodios de síntomas vestibulares de intensidad moderada/grave** con una duración entre **5-72 horas**
 - A. Síntomas vestibulares: vértigo, vértigo inducido por posición y mareo con vómitos inducidos por movimientos de la cabeza
 - B. Intensidad moderada (interfiere)/alta (impide la actividad habitual)
2. Historia previa o actual de **migraña** con o sin aura
3. **Una o más características de migraña** en al menos el 50% de los episodios vestibulares:
 - A. Cefalea con al menos 2 de las siguientes características: unilateral, pulsátil, dolor moderado/intenso, aumento con la actividad física habitual
 - B. Fotofobia y sonofobia
 - C. Aura visual
4. Los síntomas no se atribuyen a otra enfermedad vestibular o a otro diagnóstico





Caso clínico nº3



Niño de 12 años

Antecedentes médicos: cuadro **catarral afebril las 2 semanas previas**

Motivo de consulta

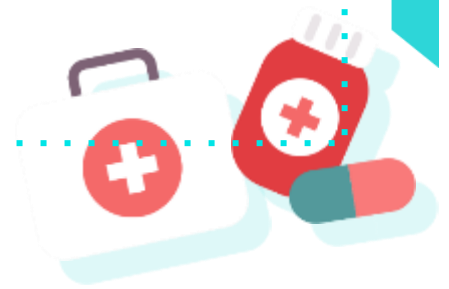
Náuseas y vómitos bruscos
Sensación de giro de objetos y caída a la derecha (mejora en decúbito supino y al “cerrar los ojos”)

Exploración física

Palidez cutánea
Romberg y Unterberger positivo hacia la derecha
Nistagmo horizonto-rotatorio izquierdo

Pruebas complementarias

Glucemia normal
Gasometría venosa normal





Neuritis vestibular



Afectación de la **porción vestibular** del **VIII** par craneal

1-2 semanas después de un **proceso infeccioso**

Predominio en **adolescentes**

Asocia intenso cortejo vegetativo (primeras 24h)

No suele acompañarse de hipoacusia

Otoscopia normal

Resolución **gradual y completa**





Caso clínico nº4



Niño de 8 años

Antecedentes médicos: **episodios previos similares que se resuelven espontáneamente**

Motivo de consulta

- Mareo de 4 horas de evolución tras tumbarse
- Náuseas y marcha inestable
- No síntomas óticos ni neurológicos
- No traumatismos

Exploración física

- Exploración neurológica y otoscopia normales
- Maniobra de Dix-Hallpike positiva





Vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB)



Causa más frecuente de vértigo en el **adulto**, pero excepcional en población pediátrica

Canalitis

Causa idiopática, trauma, vírica o isquémica

Mayores de 10 años

Duración **breve**

Episodios **recurrentes** con tendencia a la desaparición **espontánea**

Exploración neurológica y otoscopia normales

Diagnóstico: Maniobra de **Dix-Hallpike** (para los canales semicirculares anteriores y posteriores) o McClure (canales semicirculares laterales)

Tratamiento: **Maniobras de reposición** (95% de éxito)





Caso clínico nº5

Niño de 2 años

Antecedentes médicos: **otitis media aguda de repetición**

Motivo de consulta

- Pérdida de equilibrio y otalgia de 24h de evolución
- No fiebre, no otorrea
- Inestabilidad marcha con caída hacia atrás y derecha

Exploración física

Otoscopia: membrana timpánica derecha deslustrada e hiperémica

Pruebas complementarias

- Leucocitosis con neutrofilia, y elevación de reactantes de fase aguda
- TC craneal: ocupación del oído medio derecho, sin complicaciones





Laberintitis

Poco frecuente

Origen postraumático o **infeccioso (otitis media aguda** o cuadros víricos como influenza, rubeola o parotiditis)

Reacciones alérgicas alimentarias, fármacos/drogas o idiopática

Síntomas autonómicos

Hipoacusia y acúfenos





Tratamiento

Etiológico

Antieméticos

Ondansetrón vo/iv

0,15 mg/kg/dosis cada 8h (máx. 8mg/dosis)

Sedantes vestibulares

Dimenhidrato (Biodramina ®): vértigo por cinetosis
5 mg/kg/día cada 8-12h

Sulpirida (Dogmatil ®): para **mayores de 10 años**,
si presentan vértigo con muchos vómitos
5-10 mg/kg/día cada 8-12h, máximo 7 días.

Diacepam

0,1 mg/kg/dosis cada 8h (máx. 5 mg/dosis)





Conclusiones

- El **vértigo** es poco frecuente en edad pediátrica y en muchas ocasiones **infradiagnosticado**
- La **sintomatología** y **exploración física** son muy útiles para diferenciar si se trata de un vértigo de origen central o periférico, y para intentar orientar la etiología
- El **diagnóstico** del vértigo periférico es **clínico**
- La forma más frecuente de vértigo periférico en preescolares es el **VPBI** y la **migraña vestibular** en adolescentes
- El **tratamiento** consiste en tratar la **patología de base** y valorar añadir **tratamiento sintomático**





Bibliografía

Fernández O. Un paciente con vértigo. Med Integr 2002; 40(2):50–5.

Doménech-Máñez I, Almela-Cortés R, Antón-Almero M, Reig-Montaner E, Marcote-Icart J, Faubel-Serra M. Trastornos vestibulares en pacientes menores de 20 años. Estudio descriptivo. Rev ORL. 2022; 13(4): 297-307

Jiménez García R, Alonso Cadenas JA. Vértigo. En: García JJ, Cruz O, Mintegi S, Moreno JM (eds). Manual de Pediatría. 4ª ed. Madrid: Ediciones Ergón; 2019. p.138-140

Alonso Bermejo C, Santos Sánchez-Rey MA, Ballesteros García MM, García-Ochoa Fernández E, López Mattiaci M, García Barba S. Vértigo, más allá del mareo. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022; 24:173-9

Batuecas Caletrió A, Beltrán Mateos LD, González Sánchez M, Santa Cruz Ruiz S, Benito González F, Serradilla López JM. Tortícolis y vértigo paroxístico. An Pediatr. 2006; 65(5):504–5.





Bibliografía

Pericas López N, Nárvaez Barros K, Calvo Navarro C. Ma-re-o y mar-cha i-nes-ta-ble en ni-ña de 2 años. En Casos clínicos interactivos. Continuum 2020. [en línea] [consultado el 18-09-2023]. Disponible en <http://continuum.aeped.es>

Herreros Fernández ML, Beato Martínez A, Barja Tur J, Moreno Juara A, González Laguillo A. Vértigo posicional paroxístico benigno: maniobras de provocación y liberación. An Pediatr. 2008; 69(2):167–70.

Salinas Salvador B, Romagosa Sánchez-Monge I, Moreno Sánchez A, Molina Herranz D, Antoñanzas Torres I, Bardella Gil C. Vértigo y cefalea; no todo es aura migrañosa. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2022;(31):e189.

Pulido Valdeolivas I, El Kadaoui Calvo M, Gómez Andrés D. Vértigo y Ataxia. En: Guerrero-Fernández J, Cartón Sánchez A, Barreda Bonis A, Menéndez Suso J, Ruíz Domínguez J (eds.). Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. 6ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2021. p. 2047-51





El vértigo y sus diferentes formas de presentación en la edad pediátrica

Autor: Dr. Alberto Marín Muñoz
alberto_marinmu@hotmail.com

