



# 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**





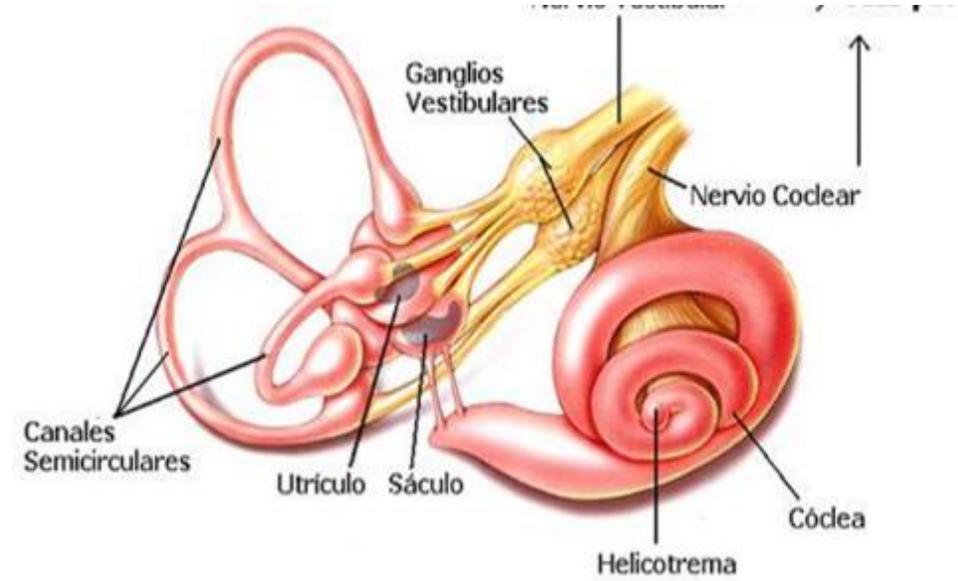
# Fisiopatología



Retina  
Vías visuales

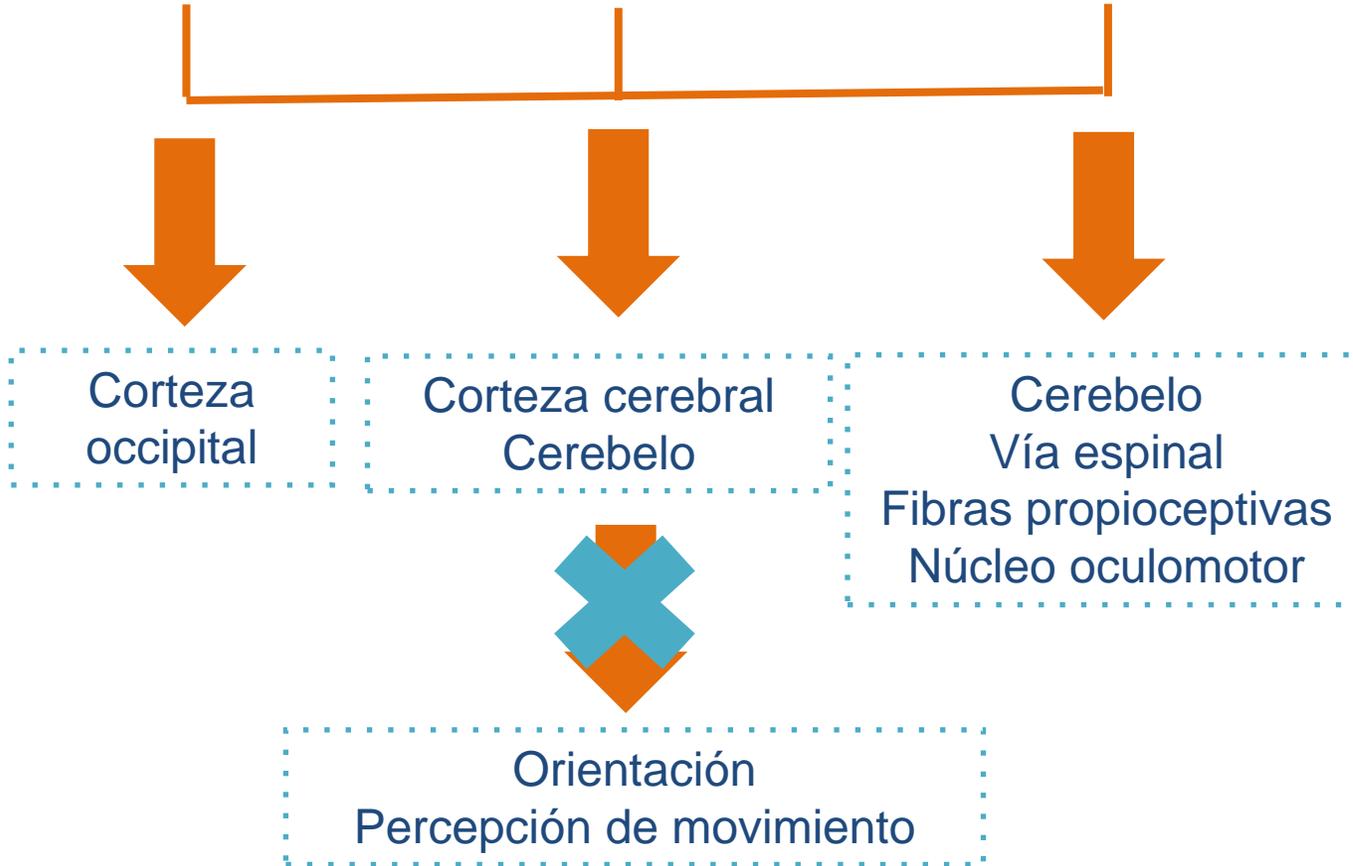
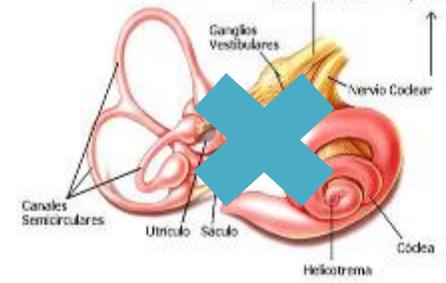


Propiorreceptores



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”

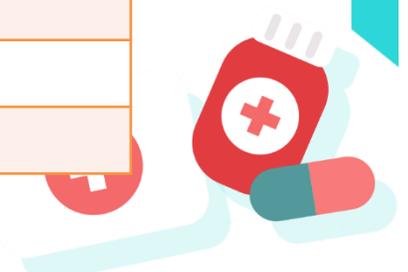
.Niños preescolares con marcha torpe, caídas, llanto, miedo...





# 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

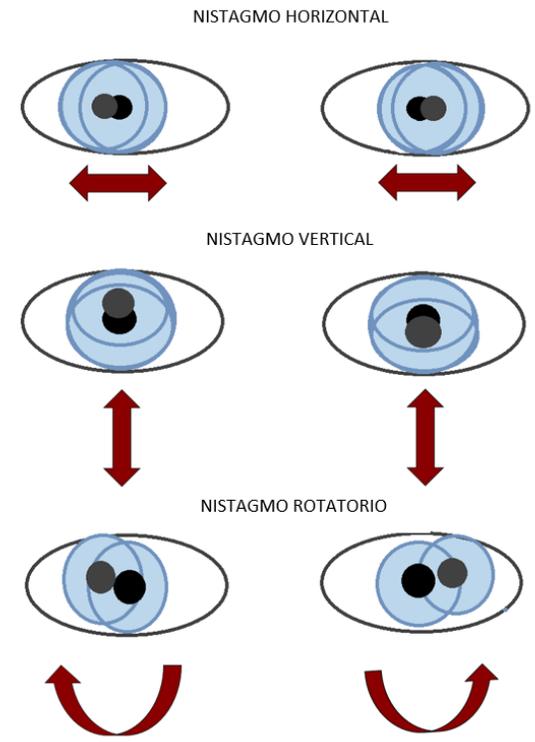
Maniobras  
específicas





# Vértigo

## Exploración física



Nistagmo



Romberg



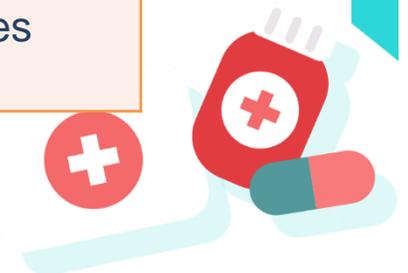
Unterberger





# 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<br>(náuseas, vómitos,<br>sudoración) | Grave, gran malestar | Leve-moderado o ausente  |
| Alteraciones auditivas<br>(acúfenos, hipoacusia)         | Pueden aparecer      | Sin relación   |
| Signos neurológicos                                      | Ausentes             | Frecuentes (ataxia, defectos<br>motores, sensitivos, pares<br>craneales) |





# Vértigo

| Datos clínicos | Vértigo periférico   | Vértigo central  |
|----------------|--|--|
| Nistagmo       | Horizonto-rotatorio<br>Unidireccional<br>Se suprime con la fijación<br>Armónico<br>Inducido por posición | Vertical<br>Cambiante, multidireccional<br>No se suprime con la fijación<br>Disarmónico<br>No inducido |
| Desequilibrio  | Leve-moderado  | Grave  |
| Romberg        | Positivo hacia el lado enfermo. Se corrige al abrir los ojos   | Negativo o positivo hacia cualquier lado<br>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](mailto:alberto_marinmu@hotmail.com)

