

No sé si es un mareo o tengo vértigo



Víctor García Julbe (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Dr Germán Lloret Ferrándiz (Urgencias
Pediátricas)

CASO CLÍNICO

Niño de 6 años con inestabilidad de la marcha, vómitos y sensación de mareo con giro de objetos de 24 h de evolución.

Afebril, sin clínica infecciosa días previos.

Sin antecedentes personales/familiares de interés.

EF: Romberg +. Nistagmo horizontal. Inestabilidad de la marcha con caída hacia la izquierda.

CONCEPTOS

Mareo: presencia inespecífica de malestar, náuseas o aturdimiento.

Inestabilidad postural: sensación subjetiva del paciente de pérdida de equilibrio.

Vértigo: sensación de movimiento rotatorio del cuerpo o de los objetos que lo rodean.

IDENTIFICAR EL TIPO DE VÉRTIGO

Tabla 1. Diferencias entre el vértigo periférico y el central		
	Vértigo periférico	Vértigo central
Comienzo	Brusco	Insidioso
Evolución	Episódico/recurrente	Continuo/progresivo
Intensidad	+++	+
Duración	Segundos-días	Días-meses
Hipoacusia, acúfenos	Posible	Ausente
Síntomas vegetativos	+++	--
Alteración de la marcha	Caída hacia el lado hipofuncionante	Tambaleante, pulsión variable
Romberg	+ Hacia el lado enfermo. Contrario a la fase rápida del nistagmo	+ Cae hacia cualquier lado
Untemberger "soldado"	Gira hacia el lado hipovalente	Hacia cualquier lado. Imposible realizar varias veces
Alteración neurológica	Normal	+++ (Pares craneales, alteración consciencia...)
Nistagmo:	Disarmónico	Armónico
Dirección	Unidireccional	Variable-multidireccional
Tipo	Horizonto-rotatorio	Horizonto-rotatorio, vertical
Abolido	Al fijar la mirada	No abolido
Latencia	4-20 segundos	Inmediato
Fatigabilidad	Agotable/transitorio	Agotable/permanente
Inducido	Por posición	No inducido

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL VP

	Paroxismo vestibular	Vértigo postraumático	Vértigo posicional paroxístico benigno	Laberintitis	Vestibulopatía aguda idiopática	Migraña vestibular	Vértigo somatomorfo
Frecuencia	Raro	Intermedia	Intermedia	Intermedia	Intermedia	Frecuente	Frecuente
Presentación	Aguda y recurrente	Aguda y recurrente	Aguda y recurrente	Aguda	Aguda	Aguda y recurrente	Crónico
Duración	Segundos	Segundos o pocos minutos	Segundos o pocos minutos	Días	Días	Minutos a días	Semanas a meses
Etiología	Compresión neurovascular del n. vestibular	Desplazamiento de los otolitos a los canales semicirculares u otros	Desplazamiento de los otolitos a los canales semicirculares	Inflamación principalmente por infección	Desconocida	Genética	Cronificación de un vértigo por ansiedad y abuso de sedantes
"Triggers" (casi todos empeoran al girar la cabeza, pero en algunos casos hay cuadros específicos)	Ejercicio	Giros de la cabeza	Giros de la cabeza, sobre todo en posición tumbado	--	Cambios posturales	Los de migraña	Espacios cerrados o multitudes
Pista diagnóstica	Corta duración, plenitud aural, RMN cerebral	Antecedente de conmoción cerebral	Mareos al voltearse en la cama. Dix-Hallpike +	OMA o pérdida de audición	Diagnóstico de exclusión	Cefalea acompañante, fono y fotofobia	Curso clínico y afectación subjetiva >>>objetiva
Tratamiento	Carbamazepina 2-4 mg/kg 1 vez al día	-Maniobra de Epley/Semont o Dix-Hallpike reverso -Sedantes vestibulares -Ejercicios de entrenamiento postural	-Maniobra de Epley/Semont o Dix-Hallpike reverso -Sedantes vestibulares ²	-Antibióticos -Sedantes vestibulares	-Sedantes vestibulares -Rehabilitación postural	El de migraña Valorar benzodiacepina	Ejercicios de entrenamiento postural y psicoterapia
Diagnóstico diferencial	VPBI, epilepsia, fístula perilinfática	Lesión central	Puede asociarse a otros cuadros	Vestibulopatía aguda idiopática	Ramsay-Hunt	VPBI y migraña basilar	Epilepsia, simulación, ataxia crónica, POTS, causas cardiovasculares

Vértigo y mareo en la adolescencia: una visión desde la neurología – Adolescere SEMA [Internet]. [cited 2024 Apr 6]. Available from: <https://www.adolescere.es/vertigo-y-mareo-en-la-adolescencia-una-vision-desde-la-neurologia/>.

MANEJO DEL CASO

Anamnesis exhaustiva y exploración física completa.
Diagnóstico mayoritariamente clínico.

Importante explorar nistagmo, Romberg, Unterberger.
Pruebas de provocación vestibular.

Pruebas complementarias: AS y TC craneal.

Interconsulta a ORL y Neurología debido a amplio diagnóstico diferencial.

Jx diagnóstico: VPPB

VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO

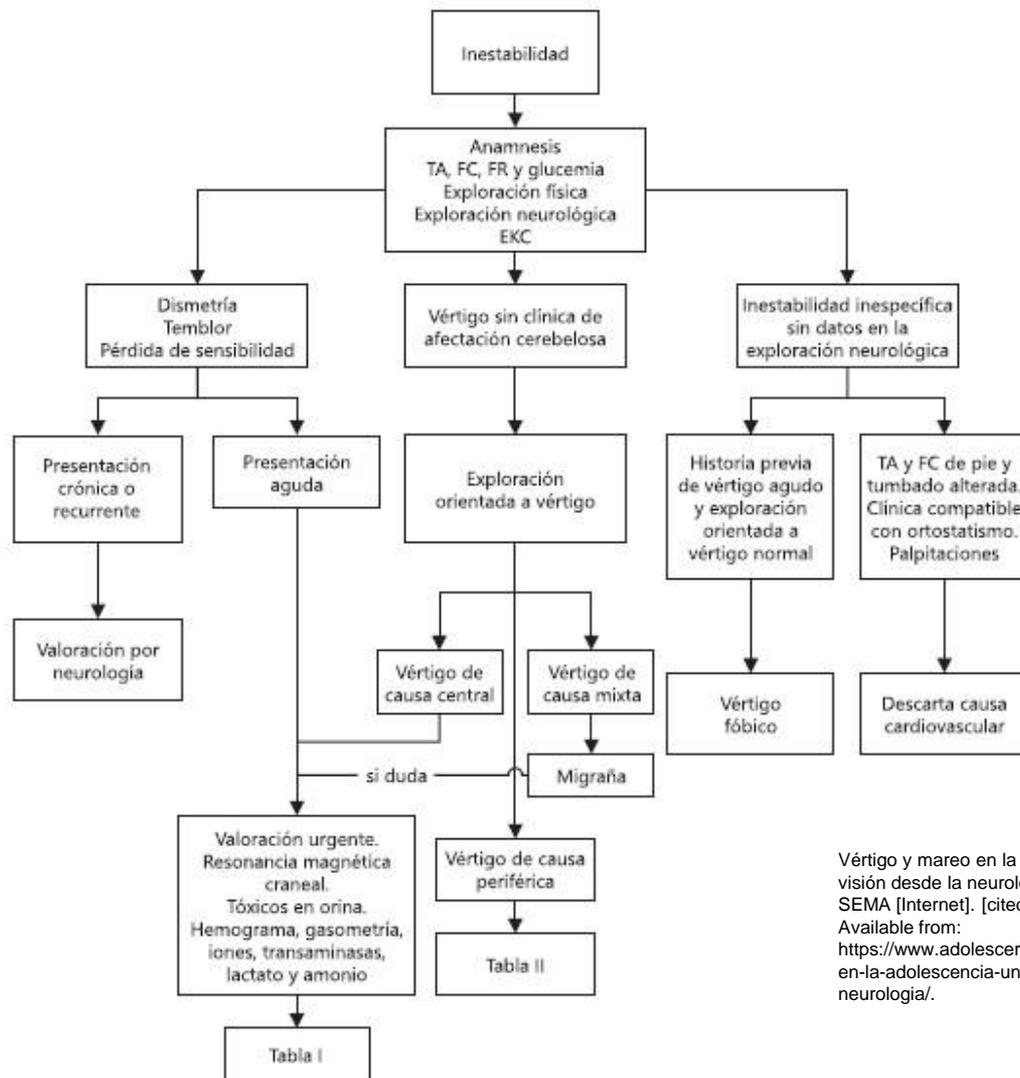
Se produce por desplazamiento de los otolitos a los canales semicirculares.

Crisis de vértigo periférico desencadenados por movimientos cefálicos de giro o de extensión de escasa duración.

Pruebas de provocación vestibular confirman el diagnóstico.

Tratamiento: sintomático y maniobras liberadoras de otolitos.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO



Vértigo y mareo en la adolescencia: una visión desde la neurología – Adolescere SEMA [Internet]. [cited 2024 Apr 6]. Available from: <https://www.adolescere.es/vertigo-y-mareo-en-la-adolescencia-una-vision-desde-la-neurologia/>.

BIBLIOGRAFÍA

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

Vértigo y mareo en la adolescencia: una visión desde la neurología – Adollescere SEMA [Internet]. [cited 2024 Apr 6]. Available from: <https://www.adollescere.es/vertigo-y-mareo-en-la-adolescencia-una-vision-desde-la-neurologia/>.

