



6ª EDICIÓN

URGENCIAS

en pediatría

EDITOR

C. Luaces Cubells

Protocolos diagnóstico-terapéuticos
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

SJD **Sant Joan de Déu**
Barcelona · Hospital

DEFINICIÓN Y CONCEPTO

El *vértigo* se define como la ilusión o sensación molesta de movimiento, rotación o balanceo de la persona o de su entorno provocando sensación de desequilibrio y/o inestabilidad. El vértigo se debe diferenciar del *mareo*, que es un término inespecífico, utilizado para describir la sensación de orientación alterada del entorno que puede incluir o no el vértigo y que a menudo se corresponde con síntomas presincopales. El diagnóstico de vértigo y mareo puede ser complejo en niños pequeños, los cuales, muchas veces no son capaces de expresar la clínica que presentan, manifestando el síntoma como crisis de llanto, miedos, caídas, etc.

CARACTERÍSTICAS

Para orientar la etiología del *vértigo* es importante distinguir su localización (Tabla 1): central, periférico o mixto. El vértigo **central** se da por afectación de los núcleos vestibulares centrales o del resto de estructuras relacionadas con el equilibrio (tronco encefálico, cerebelo y córtex cerebral). El vértigo **periférico** se produce por afectación de estructuras laberínticas (canales semicirculares, el utrículo, el sáculo) y del nervio vestibular. El vértigo **mixto** incluye aquellas etiologías con afectación central y periférica (p. ej., neurinoma del VIII par).

Finalmente, según la forma de presentación, el vértigo puede clasificarse en vértigo agudo (<4 semanas) o vértigo crónico (>4 semanas) (Figura 1).

ETIOLOGÍA

La etiología del *vértigo* en población pediátrica difiere de la de la población adulta, siendo en la mayoría de los casos un síntoma secundario a una patología benigna. Los síndromes relacionados con la migraña son la causa más frecuente de vértigo en pediatría: el **vértigo asociado a migraña** (25%) y el **vértigo paroxístico benigno infantil** (VPBI) (18%). Otras de las causas más frecuentes son el **síndrome vestibular periférico** –incluye pérdida vestibular unilateral y bilateral, neuritis vestibular, laberintitis, enfermedad de Ménière y otitis serosa/otitis media aguda (13%)–; el **vértigo postraumático** (10%); el **vértigo central** –incluye síndrome cerebeloso, ataxias episódicas y alteración de la motricidad ocular de causa central (8%)–, y el **vértigo psicógeno** (7%).

A continuación, comentaremos sobre algunas etiologías relevantes:

- La **migraña vestibular (MV)** o vértigo asociado a migraña se presenta a cualquier edad. El diagnóstico requiere antecedentes de migraña con o sin aura (ver capítulo de cefalea). La clínica vestibular puede durar de 5 minutos a 72 horas.

TABLA 1. Características del vértigo según su etiología.

	Periférico	Central
Duración	Episódico (corta duración) Comienzo brusco	Constante (larga duración)
Intensidad del vértigo	Moderado-grave	Leve-moderado
Nistagmo espontáneo (posición primaria)	Multidireccional-horizontal Unidireccional* Se suprime por fijación	Vertical, variable Cambiante, multidireccional No se suprime con fijación
Nistagmo posicional (giros de cabeza, maniobra de Dix-Hallpike)	Horizontal-rotatorio Provoca vértigo intenso Periodo de latencia, agotamiento y fatigabilidad	Preferentemente vertical Vértigo leve o ausente Sin latencia, agotamiento
Alteraciones auditivas	Acúfenos y/o hipoacusia	No
Alteración de la consciencia	No	Posible
Síndrome vegetativo	Grave	Leve-moderado o ausente
Otros signos neurológicos	No	Alteración de pares craneales, cerebelo y signos piramidales
Etiología	Enfermedad de Ménière Fármacos ototóxicos Laberinitis aguda Neuritis vestibular Otitis media Traumatismo Vértigo paroxístico benigno infantil (VPBI) Vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB)	Accidente cerebrovascular Epilepsia parcial compleja Esclerosis múltiple Fármacos con efecto sobre SNC** Meningoencefalitis aguda Migraña basilar

*La dirección de la desviación en las pruebas de Romberg y Unterberger coinciden con la fase lenta del nistagmo y con la sensación del paciente (lado hipofuncionante).

**Algunos fármacos como los fármacos antiepilépticos, benzodiacepinas, etanol, salicilatos, aminoglucósidos y cloroquina. La fenitoína y las benzodiacepinas producen nistagmos por impregnación y ataxia cuando se alcanzan niveles tóxicos.

- El **vértigo paroxístico benigno infantil (VPBI)** es uno de los síndromes episódicos que puede estar asociado con la migraña y generalmente, aparece como precursor de esta. Se caracteriza por episodios breves recurrentes de vértigo de segundos a minutos de duración, que se desencadenan y se autolimitan de forma espontánea en niños sanos. Por lo general, se inician antes de los 4 años de vida y desaparecen espontáneamente sobre los 8-10 años.
- El **vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB)** consiste en crisis vertiginosas muy intensas con relación con los cambios posturales, no superior a un minuto, en ausencia de síntomas auditivos. El diagnóstico se realiza con el test de Dix-Hallpike.
- La **laberinitis o neuritis vestibular** es un tipo de vértigo monofásico que se presenta con episodios de vértigo giratorio severo, náuseas y alteración del equilibrio, de inicio brusco, pudiendo durar horas o días. Generalmente se acompaña de hipoacusia neurosensorial, a menudo unilateral. Se presenta en mayores de 5 años, sobre todo

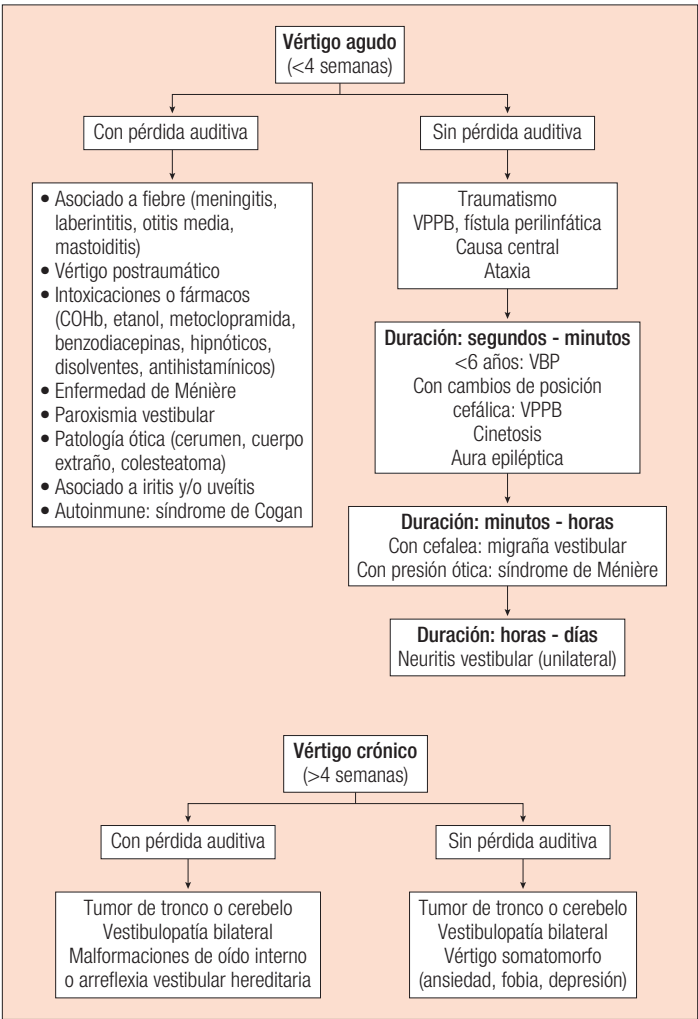


FIGURA 1. Clasificación del vértigo según su forma de presentación: vértigo agudo y vértigo crónico.

en adolescentes con antecedente previo de infección vírica. La causa es infecciosa (OMA y/o meningitis) o no infecciosa (traumatismo, tóxico, autoinmune).

- La prevalencia de la **cinetosis** a los 7-12 años es aproximadamente del 40%. Se considera que la causa es el diferente tiempo de maduración de los distintos sistemas implicados en el sistema neurosensorial. Existen etiologías neurológicas (ataxias recurrentes o progresivas de base genética, incluidas las ataxias metabólicas) que deben incluirse también en el diagnóstico diferencial del vértigo.