

VÉRTIGO EN LA INFANCIA



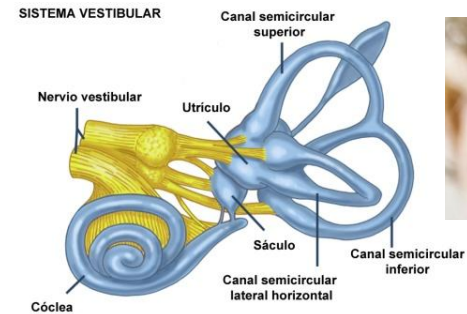
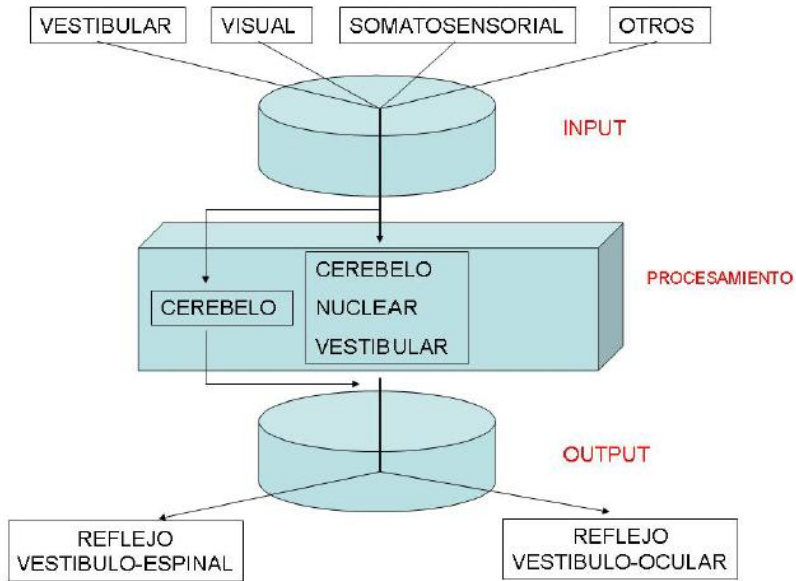
Realizado por: Esperanza Molina Pilares (R2 Pediatría)
Supervisado por: M^a del Pilar Martín-Tamayo Blázquez
(Neuropediatría)

VÉRTIGO

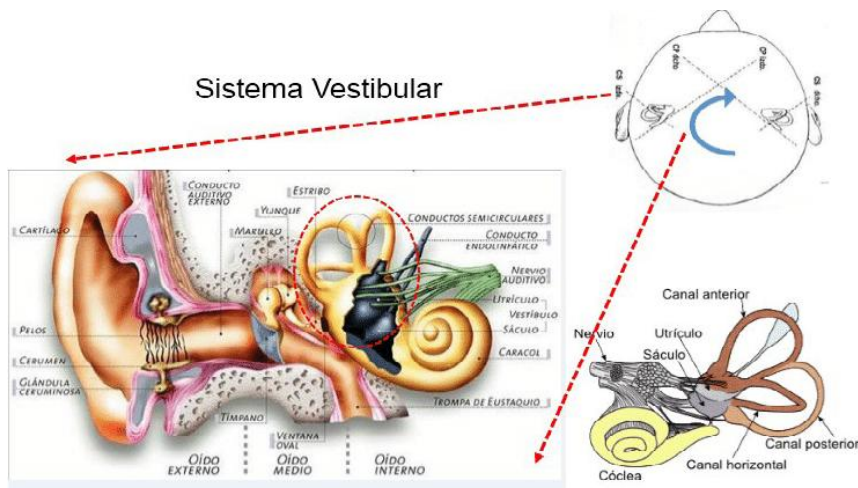


- Ilusión de movimiento propio/ambiental por alteración vestibular

EQUILIBRIO

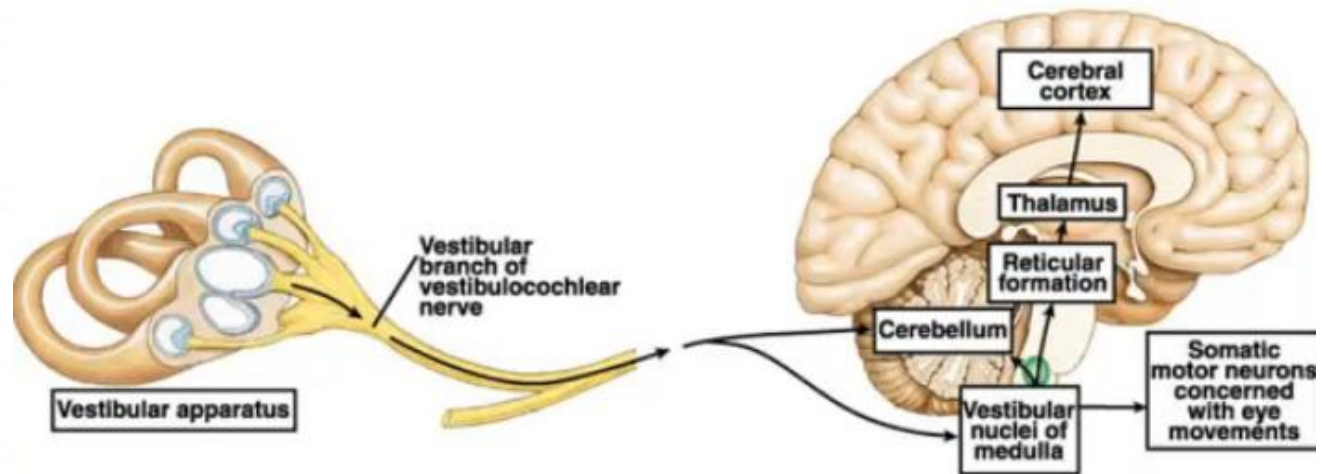
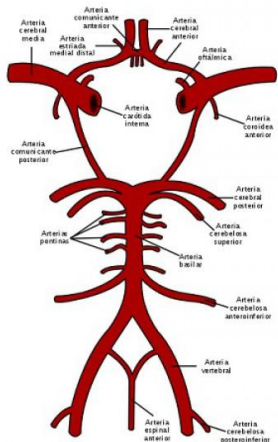


VÉRTIGO PERIFÉRICO vs. CENTRAL



Vértigo Paroxístico Benigno de la Infancia (VPBI)
Vértigo Paroxístico Posicional Benigno (VPPB)

MIGRAÑA VESTIBULAR



ANAMNESIS: SAMPLE

■ **S:** SÍNTOMA

- Forma de inicio y curso del mareo/vértigo: agudo, progresivo, recurrente
- Duración: segundos, minutos-horas, días
- Factores que alivian o empeoran los síntomas: posición de la cabeza, ojos cerrados, Valsalva, ruidos fuertes
- Síntomas y signos acompañantes: vómitos, cefalea, acúfenos, hipoacusia, **focalidad neurológica**, nistagmo, **fiebre, alteración del nivel de consciencia**

■ **A:** alergias conocidas

■ **M:** medicación que toma o consumo de drogas. Medicación que puede producir vértigo: aminoglicósidos, furosemida, ácido acetilsalicílico, amiodarona, antidepresivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, antipsicóticos

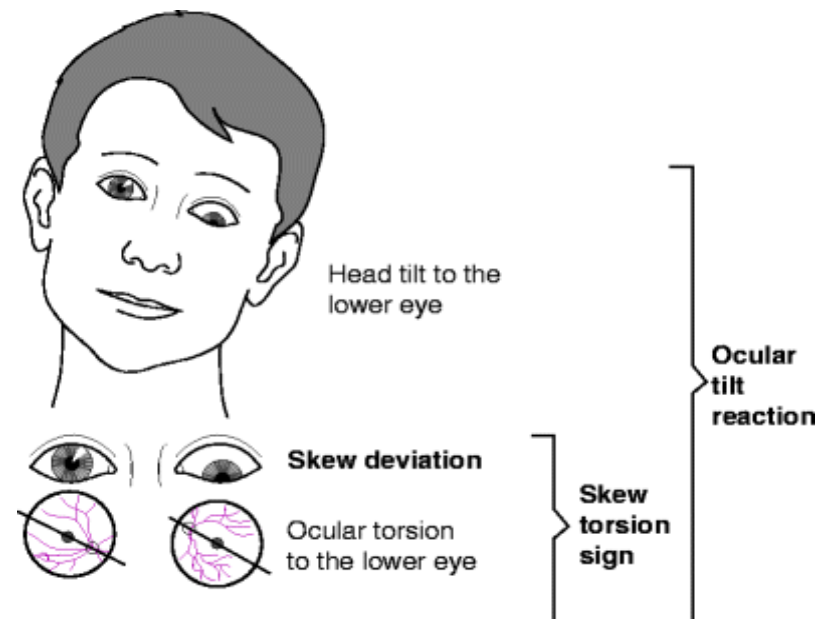
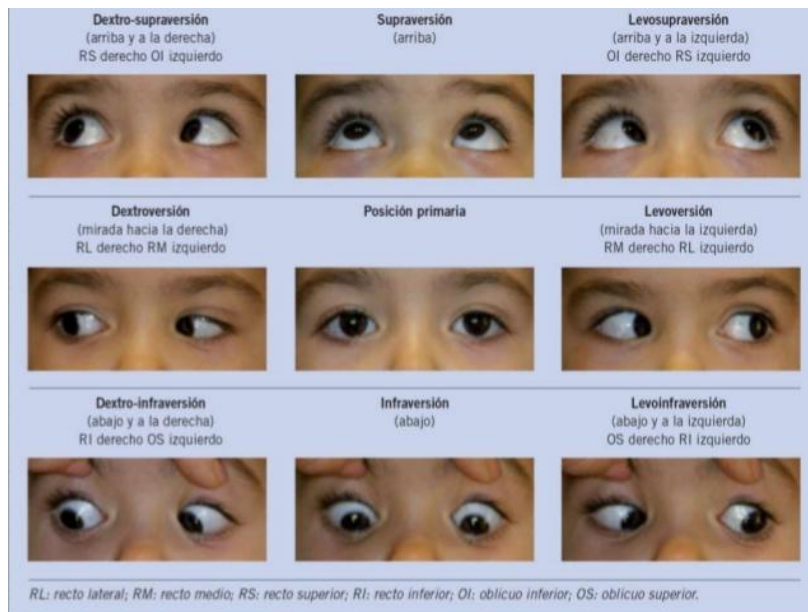
■ **P:** antecedentes personales y familiares de migraña, epilepsia, sordera

■ **L:** última ingesta

■ **E:** infecciones previas, traumatismos previos, intervenciones quirúrgicas ORL, consumo de tóxicos, viajes reciente en coche o autobús, otitis media recurrente

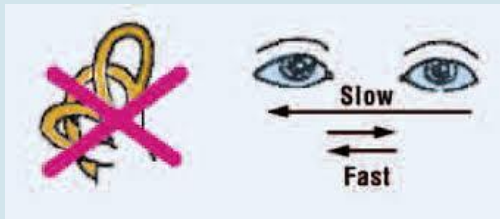
EXPLORACIÓN FÍSICA

- **Constantes vitales** (T^a, PA, FC). Signos de HIC.
- **Examen ORL**
- **EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA COMPLETA**
 - **Posición cefálica y ocular** en la posición primaria de la mirada y en las posiciones diagnósticas. **NISTAGMO**.



NISTAGMO

Periférico	Central
Horizontal, horizontorrotatorio	Horizontal, vertical
Latencia	No latencia
Agota	No se agota
Con vértigo	Con vértigo o no
Congruente	Incongruente o disociado
Aumenta hacia la fase rápida	Más errático
Desaparece o disminuye con la fijación de la mirada	No varía o aumenta con la fijación de la mirada. Aparece solo en alguna de las posiciones de la mirada (nistagmo evocado por la mirada o latente) – salvo presencia de estrabismo previo



Exploración física

- Nistagmo
- Exploración cerebelosa
- Romberg
- Prueba de Barany
- Prueba de Unterberger
- Prueba de la marcha (Babinski-Weil): marcha en estrella
- Test de Dix-Hallpike: VPPB

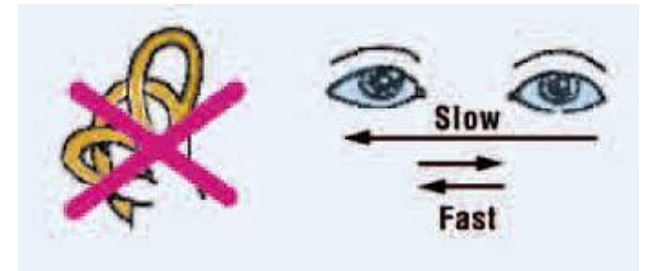
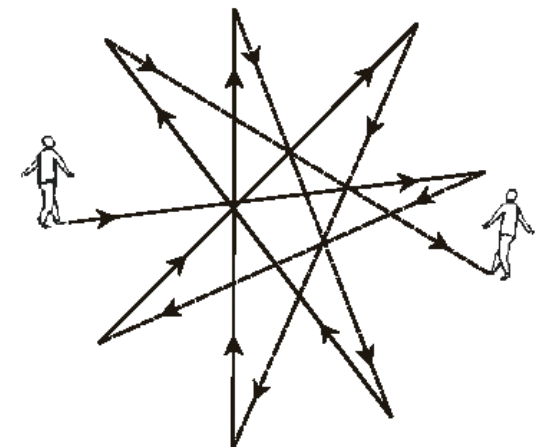


Figura 1. Maniobra de Dix-Hallpike: 1. Se sitúa al paciente sentado en la camilla y se gira la cabeza a un lado unos 45°. 2. Se tumba rápidamente hacia atrás hasta situarlo en decúbito supino con la cabeza colgando unos 20°, manteniendo esta posición al menos 40 s y observando la aparición de nistagmo. 3. Sentamos al paciente observando la inversión del nistagmo. 4. Repetimos la maniobra hacia el lado contrario.



Pruebas complementarias

- **Indicaciones de TC craneal**
 - Vértigo central
 - Focalidad neurológica
 - Vértigo recurrente o persistente sin diagnosticar
 - Antecedente traumático
 - Enfermedades que predisponen a accidentes cerebrovasculares (síndromes de hiperviscosidad, como leucemias o drepanocitosis)
 - De manera diferida puede ser necesaria la realización de RM cerebral, EEG, pruebas de estimulación calórica o potenciales auditivos del tronco
- **Criterios de ingreso hospitalario:**
 - Vértigo central.
 - Vértigo persistente o grave.
 - Etiología no establecida de manera correcta.

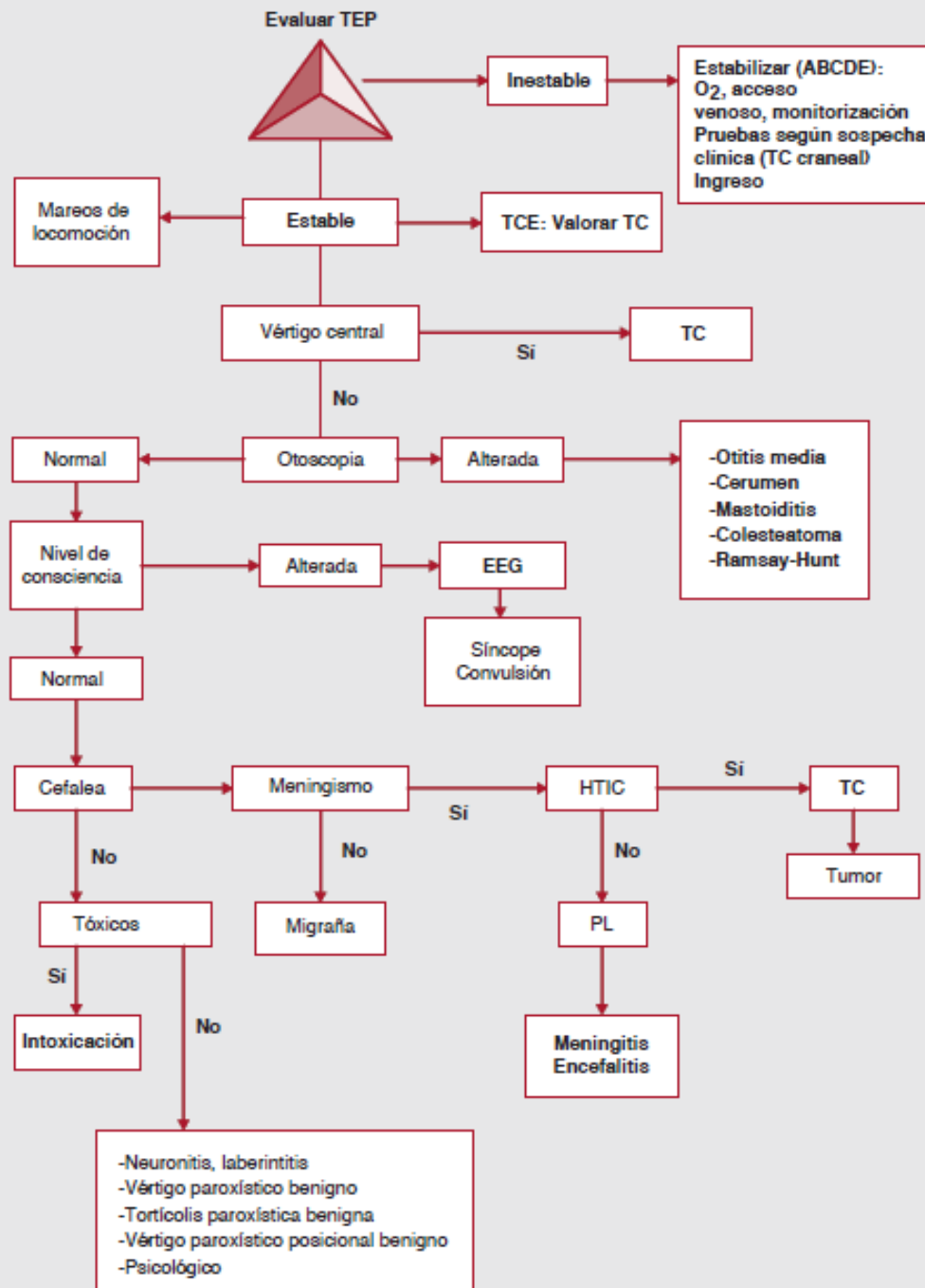
Causas de vértigo periférico en la adolescencia

	Paroximia 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 benzodiazepina	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

VPBI: Vértigo posicional benigno de la infancia. POTS: postural orthostatic tachycardia syndrome

Tratamiento

- Tratamiento de la causa
- **Tratamiento sintomático**
 - Reposo en casa. Evitar movimientos rotatorios cefálicos.
 - Antieméticos: ondansetrón 0,15 mg/kg/dosis (máx. 8 mg)
 - En **casos graves** se pueden utilizar sedantes laberínticos:
 - **Dimenhidrinato** (Biodramina®): 5 mg/kg/día, cada 8 -12 horas, vía oral o rectal:
 - > 12 años 50-100mg c/6-8 h (dosis max 400mg/día)
 - 7-12 años 25-50mg c /6-8 horas (dosis max 150mg/día)
 - 2-6 años 12,5-25mg c 6-8 horas (dosis max 75mg/día)
 - No recomendado en niños < 2 años!
 - Para la **cinetosis**: **dimenhidrinato** (1-2 mg/kg) 1 hora antes del viaje y luego cada 6 horas.
 - **Difenhidramina** (Benadryl®, Soñodor®): indicada en > 1 año: 5 mg/kg/día cada 6 horas (máximo 150 mg/día) vía oral o 1,25 mg/kg/6 horas por vía intravenosa (máximo 50 mg/dosis).
 - **Tietilpiperazina** (Torecan®): vértigo grave con cuadro vegetativo en mayores de 10 años, dosis de 6,5 mg/8-12 h. Máximo 3 días (efecto rebote).
 - **Sulpirida** (Dogmatil®): para mayores de 10 años de edad, si presentan vértigo con muchos vómitos, dosis de 5-10 mg/kg/día cada 8-12 h, máximo 7 días.
 - **Diazepam**: 0,1 mg/kg/dosis cada 8 h vía oral, intravenosa o intramuscular (máximo 5 mg).



Bibliografía

- Exploración de la función vestibular. Megías Gámiz L, Ibáñez Rodríguez JA, Oliva Domínguez M. En: Libro virtual de formación en ORL. SEORL. I (9): 1-19.
- Protocolo de actuación ante un paciente con vértigo en Urgencias. Oikonomopoulou Niki et al. Sección Urgencias Pediátricas-Sección ORL infantil-Sección Neuropediatría (Hospital Universitario Gregorio Marañón). Agosto 2017.
- Vértigo. Castellanos Eutegi, A. En: Benito J, Mintegi S. Urgencias Pediátricas. 2ª edición. Madrid: Panamericana; 2019. 614-617.
- Vértigo y mareo en la adolescencia: una visión desde la neurología. Gómez-Andrés D, Pulido-Valdeolivas I. *Adolescere* 2018; VI (1): 24-34.
- Causes of dizziness and vertigo in children and adolescents. Walls T, Teach SJ. 2020. UpToDate.
- Evaluation of dizziness and vertigo in children and adolescents. Walls T, Teach SJ. 2020. UpToDate.
- Vertigo and dizziness in children. Jahn K, Langhagen T, Heinen F. *Curr Opin Neurol* 2015, 28:78–82.
- Vértigo posicional paroxístico benigno: Maniobras de provocación y liberación. Herreros Fernández ML et al. *An Pediatr (Barc)*. 2008;69(2):167-70.
- Prevalence and diagnosis of vestibular disorders in children: A review. Gioacchini FM et al. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*; 78 (2014): 718–724.
- Manual de Neurología Infantil. Verdú A. 2º edición. Madrid: Panamericana; 2014.