



Caso clínico. Miscelánea

¿Vértigo de origen central o periférico?

Inés Romagosa Sánchez-Monge^a, Belén Salinas Salvador^a,
David Molina Herranz^a, Amelia Moreno Sánchez^a, Cristina Bardella Gil^b

^aMIR Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

^bPediatra de Atención Primaria. CS Ruiseñores. Zaragoza. España.

Publicado en Internet:
24-marzo-2022

Inés Romagosa Sánchez-Monge:
inesromagosa@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El vértigo es una sensación molesta de giro del paciente con respecto al medio o del medio respecto al paciente, acompañado de inestabilidad. El equilibrio se mantiene con la información procedente de la vista, la sensibilidad propioceptiva y el sistema vestibular procesada por el sistema nervioso central. Ante un paciente con vértigo debemos diferenciar entre un origen central cuya instauración suele ser progresiva con una exploración disarmónica y asociación de síntomas neurológicos (cefalea, diplopía, defectos visuales, etc.; que puede acompañarse de un nistagmo variable) de un origen periférico cuyo inicio suele ser agudo con una exploración proporcionada, con cortejo vegetativo y clínica otorrinolaringológica (acúfenos, hipoacusia, etc.; que puede acompañarse de un nistagmo unidireccional horizontal/horizontorrotatorio).

CASO CLÍNICO

Nuestro paciente es un niño de 12 años que acude al centro de salud por sensación de giro de objetos con sudoración de curso brusco e intermitente en los últimos cinco días con cefalea ocasional y exploración física sin nistagmo espontáneo con Romberg negativo. No refería traumatismo craneoencefálico, infecciones, hipoacusia y la otoscopia era normal. Ante presencia de sensación de vértigo con predominio de signos-síntomas de origen periférico (origen agudo, sudoración), pero con otros dudosos de origen central (Romberg negativo, cefalea) es derivado a Urgencias Pediátricas. Es valorado por Otorrinolaringología impresionando de vértigo periférico (con inicio de nistagmo horizontal tras maniobras

de agitación cefálica) con exploración vestibular normal, sin poder precisar su etiología. Inician tratamiento empírico con bilastina por vía oral. En controles posteriores en centro de salud persisten dichos episodios agudos y en control por Otorrinolaringología se sustituye la bilastina por betahistina, con adecuada evolución posterior.

CONCLUSIONES

El vértigo es un síntoma infrecuente en los niños que involucra varios sistemas corporales y que requiere una exploración minuciosa y un seguimiento activo. El vértigo periférico es mucho más frecuente e incluye etiologías como el vértigo paroxístico benigno infantil, el vértigo posicional infantil (típico de niños mayores de 5 años desencadenado por cambios posturales o movimientos cefálicos), otitis medias agudas, laberintitis o, incluso, colesteatomas. La causa más frecuente de vértigo central es la migraña basilar, incluyendo un amplio diagnóstico diferencial como las infecciones del sistema nervioso central. El caso expuesto incluía datos de ambos orígenes y no ha podido etiquetarse de ninguna etiología concreta, pero ha tenido una evolución autolimitada. En caso de persistencia y dudas sobre su origen la realización de pruebas complementarias como analítica completa o neuroimagen puede ayudar a descartar causas potencialmente graves.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Cómo citar este artículo: Romagosa Sánchez-Monge I, Salinas Salvador B, Molina Herranz D, Moreno Sánchez A, Bardella Gil C. ¿Vértigo de origen central o periférico? Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2022;(31):e163.