



Caso clínico. Miscelánea

Vértigo y cefalea; no todo es aura migrañosa

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

^aResidente de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

^bPediatra de Atención Primaria. CS Fuentes de Ebro. Zaragoza. España.

Publicado en Internet:
24-marzo-2022

Belén Salinas Salvador:
belensalinassalvador@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La relación entre vértigo y migraña es ampliamente conocida. Dentro de esta destaca la migraña vestibular como una entidad clínica propia diferente del aura vestibular (migraña basilar) y del vértigo posicional paroxístico. Su diagnóstico se basa en criterios clínicos (>5 episodios de síntomas vestibulares de 5 min-72 h y antecedente de migraña), ya que la exploración es normal en los periodos asintomáticos. La diferencia principal con el aura migrañosa consiste en que en estos pacientes el vértigo no suele comenzar inmediatamente antes de la cefalea y que su duración es menor. Esta patología suele responder al tratamiento con fármacos anti-migrañosos, aunque la evidencia científica es escasa.

CASO CLÍNICO

Niña de 10 años, sin antecedentes de interés, que presenta cefalea frontal y opresiva asociada a mareos con sensación de giro de objetos. También refiere leve fotofobia y sonofobia sin otra sintomatología. Los episodios duran máximo 15 minutos y su frecuencia diaria aumenta progresivamente. En la exploración neurológica destaca, únicamente, cierta inestabilidad en el romberg. Ante aumento de los episodios se decide ingreso hospitalario donde se realiza TAC craneal y valoración por Oftalmología sin alteraciones. También es valorada por Otorrinolaringología que realiza exploración ves-

tibular donde se observa un dudoso nistagmo vertical en la videonistagmografía, siendo el resto de la exploración normal. Ante episodios de vértigo, sin poder clasificarse de aura y cefaleas tipo migraña con exploración vestibular normal se diagnosticó migraña vestibular. La paciente evoluciona favorablemente, sin medicación, con Desaparición de la cefalea, pero persistencia de la sensación vertiginosa con episodios cortos de resolución espontánea en relación con el baño.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de la migraña vestibular es esencialmente clínico, aunque para alcanzarlo es habitual descartar otras patologías con neuroimagen y exploración vestibular (esta última suele ser normal en los periodos asintomáticos). No existe consenso sobre su tratamiento, que suele consistir en evitar factores desencadenantes y fármacos antimigrañosos.

CONFLICTO DE INTERESES

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

ABREVIATURAS

TAC: tomografía axial computarizada.

Cómo citar este artículo: 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.