

VÉRTIGO PERIFÉRICO

María Lorenzo Ruiz: Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid. España.

María José Pérez García: Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid. España.

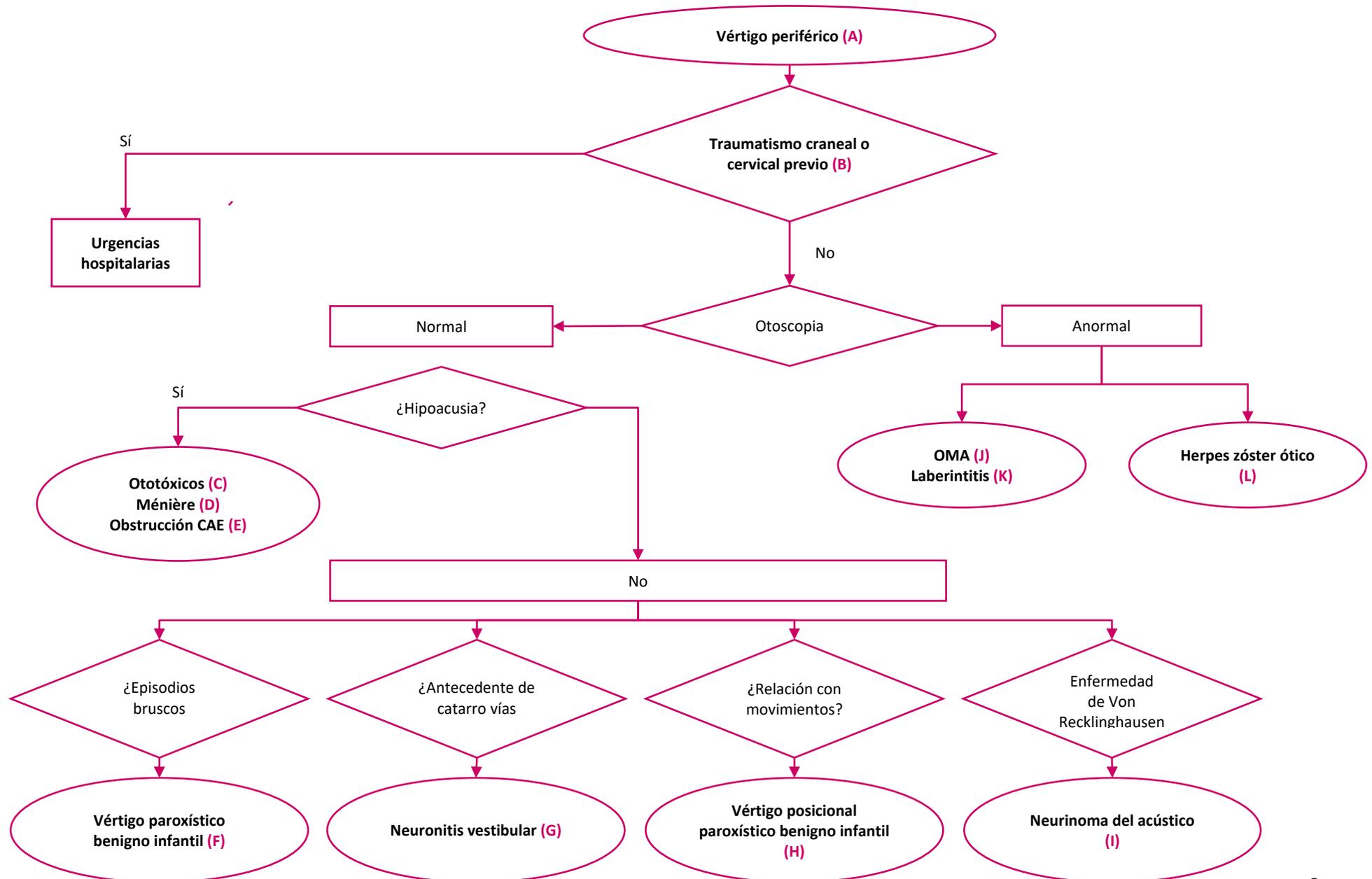
Raquel Porto Abal. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid. España.

Correo electrónico: raquel.porto@salud.madrid.org

Palabras clave: Mareo. Vértigo. Pseudovértigo.

Key words: Dizziness. Vertigo. Pseudovertigo.

Cómo citar este artículo: Lorenzo Ruiz M, Pérez García MJ, Porto Abal R. Vértigo periférico. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/85/vertigo-periferico>



A. VÉRTIGO PERIFÉRICO¹⁻⁴

Se define vértigo como la sensación ilusoria de desplazamiento, giro o hundimiento de la persona o de su entorno que provoca desequilibrio o inestabilidad. En el verdadero vértigo están implicados receptores vestibulares, sus nervios o conexiones centrales.

En muchas ocasiones es referido por los niños como “mareo” y, en el caso de los niños más pequeños, que no verbalizan, se puede manifestar como una marcha torpe o inestable, llanto inexplicado con rechazo a la deambulación, vómitos asociados a cambios posturales, etc. Se suele acompañar de un cortejo vegetativo de intensidad variable (náuseas, vómitos, palidez y sudoración fría) y de nistagmo.

Para ayudar a su diagnóstico diferencial con otras entidades como ataxia o mareo/pseudovértigo y entre vértigo central y periférico conviene consultar el algoritmo [“¿Mareo? Vértigo, ataxia, pseudovértigo”](#).

En el vértigo se distinguen dos grandes síndromes: vértigo central (próximo algoritmo) y periférico (**Tabla 1**). El vértigo periférico es mucho más frecuente que el central, pero más frecuentes son los pseudovértigo o “mareos”, por lo que hay que insistir en la sensación de giro durante la historia clínica.

Tabla 1. Síntomas y signos característicos de vértigo central y periférico

	Periférico	Central
Romberg	Positivo	Negativo
Características	Brusco. Intenso. Paroxístico	Insidioso. Continuo
Síntomas vegetativos	Intensos	Moderados
Síntomas auditivos	Hipoacusia, acúfenos	No
Síntomas neurológicos	Ausentes	Pueden estar presentes
Nistagmo	Horizontal, horizontorrotatorio, suprime con fijación ocular	Vertical o no supresión con fijación ocular
Coinciden Romberg, desviación de la marcha y componente lento de nistagmo (hacia el lado enfermo)	Sí	No

Los pacientes con vértigo periférico precisan valoración por el especialista en Otorrinolaringología (ORL). Si el paciente se encuentra muy sintomático, con afectación del estado general o existen dudas, la derivación se realizará a un servicio de urgencias para su tratamiento.

B. VÉRTIGO SECUNDARIO A TRAUMATISMO

Se produce por conmoción laberíntica. Cursa con cefalea. En ocasiones existe una fístula perilinfática (comunicación anormal entre el oído medio y el laberinto), produciéndose vértigo con pérdida auditiva. En este caso, precisa derivación a un servicio de urgencias pediátricas y valoración urgente por ORL.

C. TÓXICOS

Múltiples fármacos, drogas o tóxicos pueden alterar de forma transitoria o permanente la función vestibular y auditiva. Aminoglucósidos (gentamicina, estreptomina), citostáticos, salicilatos, furosemida, isoniazida. Algunos anticonvulsivantes a dosis altas pueden provocar clínica vertiginosa, pero son más llamativos los síntomas atáxicos acompañantes.

D. ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE

Episodios de vértigo que comienzan con **acúfenos**, sensación de plenitud dentro del oído y creciente **pérdida auditiva**. Suele acompañarse de **nistagmos** y síntomas autonómicos. En las intercrisis, el paciente puede tener problemas de equilibrio. Suele ser idiopático, pero puede manifestarse tras meningitis, traumatismo o enfermedades víricas. Se presenta a partir del segundo decenio de vida.

E. OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO (CAE)

Por un cuerpo extraño, tapón de cerumen o excepcionalmente por un tumor. Suele presentarse con manifestaciones vertiginosas que se asocian a hipoacusia.

F. VÉRTIGO PAROXÍSTICO BENIGNO INFANTIL

Es la segunda de causa en frecuencia de vértigo en niños. Vértigo de inicio repentino, de máxima intensidad en el inicio y de resolución espontánea. Duración entre minutos y horas, asociado a al menos uno de los siguientes: nistagmos, ataxia, vómitos, palidez, temor. Generalmente aparecen en clústeres, de forma diaria durante varios días seguidos, remitiendo varias semanas y volviendo a aparecer de nuevo.

Edad entre 2 y 5 años. Historia familiar de migraña. Cumple características clínicas de vértigo periférico, pero también puede ser considerado un equivalente migrañoso por su fisiopatología y por tanto vértigo de origen central.

G. NEURONITIS VESTIBULAR:

Afectación vestibular que se produce 1-2 semanas después de un proceso infeccioso. Afecta a adolescentes y se acompaña de un intenso cortejo vegetativo. La otoscopia es normal y no suele haber hipoacusia.

H. VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO

Vértigo de aparición brusca como respuesta a un cambio posicional de la cabeza. La duración es de pocos minutos. Se puede acompañar de náuseas y vómitos. No existe hipoacusia. Aparece nistagmo en la posición que los provoca. Suelen ser vértigos matinales que le suceden al paciente estando en la cama. Se suelen producir en niños mayores, son excepcionales en menores de 10 años.

I. NEURINOMA DEL NERVIIO ACÚSTICO (VIII PAR)

Puede ser la causa de vértigos en pacientes afectos de la enfermedad de Von Recklinghausen.

J. AFECTACIÓN DEL OÍDO MEDIO

La [otitis media aguda](#) y serosa son las causas más frecuentes. El vértigo se produce por una disfunción de la trompa de Eustaquio o por una laberintitis serosa producida por el paso de toxinas inflamatorias al oído interno. El **colesteatoma** es muy raro en los niños y se asocia a una pérdida de audición.

K. LABERINTITIS AGUDA

Es excepcional en la actualidad. Puede tener un origen postraumático o infeccioso. En la mayoría de las ocasiones, se asocia a una otitis media o cuadros víricos (influenza, rubeola, parotiditis). También puede estar provocada por reacciones alérgicas alimentarias, por reacciones tóxicas a fármacos/drogas o ser idiopática. Se acompaña de síntomas autonómicos. Suelen existir hipoacusia y acúfenos. Generalmente evoluciona favorablemente en el curso de semanas.

L. HERPES ZÓSTER ÓTICO

El herpes zóster ótico (síndrome de Ramsay-Hunt) puede provocar vértigo.
the United Stat

BIBLIOGRAFÍA

1. Jahn K, Langhagen T, Heinen F. Vertigo and dizziness in children. [Curr Opin Neurol. 2015;28:78-82.](#)
2. Wang A, Zhou G, Lipson S, Kawai K, Corcoran M, Brodsky JR. Multifactorial Characteristics of Pediatric Dizziness and Imbalance. [Laryngoscope. 2021;131:E1308-E1314.](#)
3. Gioacchini FM, Alicandri-Ciufelli M, Kaleci S, Magliulo G, Re M. Prevalence and diagnosis of vestibular disorders in children: a review. [Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2014;78:718-24.](#)
4. Jahn K. Vertigo and dizziness in children. En: Handbook of Clinical Neurology. Elsevier [en línea] [consultado el 27/01/2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978044463437500025X>