

¿MAREO? VÉRTIGO, ATAXIA Y PSEUDOVÉRTIGO

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.

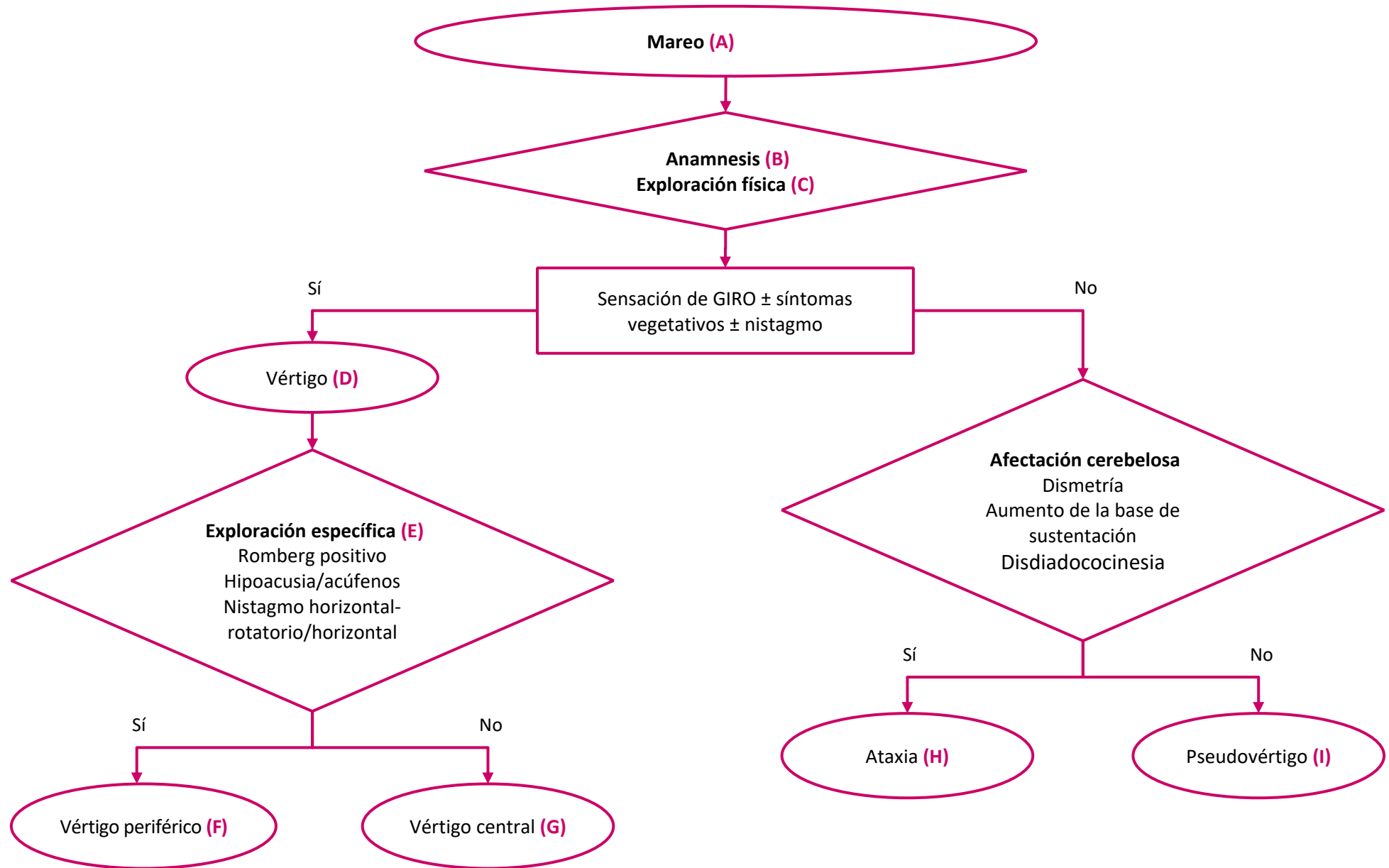
Raquel Porto Abal. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid. España.

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. ¿Mareo? Vértigo, ataxia y pseudovértigo. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/84/vertigo-ataxia-y-pseudovertigo>



A. MAREO¹⁻⁴

El mareo es un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria.

Es un término ambiguo, que se puede referir a una sensación mal definida de malestar, inestabilidad, náuseas, aturdimiento, debilidad, visión nublada, sensación de caída, andar flotando o incluso sensación de giro. Puede ser el síntoma referido de numerosas y muy variadas patologías.

Una anamnesis dirigida y una exploración completa, puede llevarnos al diagnóstico etiológico. Este diagnóstico no es fácil inicialmente, sobre todo cuanto menor es la edad del paciente.

Por tanto, cuando un paciente acude a consulta y refiere encontrarse “mareado”, debemos orientar inicialmente el diagnóstico en 3 grupos:

- **Vértigo:** sensación de movimiento o GIRO de la propia persona y su entorno.
- **Ataxia:** (afectación cerebelosa y sus vías aferentes y eferentes): trastorno caracterizado por una dificultad para mantener el equilibrio con incoordinación de los movimientos intencionados.
- **Pseudovértigo.**

Para ello realizaremos una adecuada anamnesis y exploración física.

B. ANAMNESIS

Debemos caracterizar el síntoma principal: ¿existe **GIRO** de objetos o del paciente respecto al exterior?, ¿es una sensación parecida a la que aparece después de dar vueltas sobre uno mismo, al montar en una atracción que da vueltas?

En niños pequeños o con dificultad para expresar la sensación de giro, preguntaremos u observaremos si existe **cortejo vegetativo**, irritabilidad, vómitos, deseo de permanecer tumbado, miedo o palidez. Es habitual que el pseudovértigo o mareo presente una incongruencia entre la sintomatología referida por el paciente y la sintomatología apreciada por otro observador.

- **Frecuencia de presentación:** agudo, episódico o crónico.

- **Duración** del episodio.
- **Desencadenantes:** la mayoría de los vértigos empeoran con el cambio de posición de la cabeza. Los síncope y presíncopes se pueden producir al ponerse de pie, situaciones con ambientes calurosos, visión de sangre, maniobras de Valsalva.
- **Síntomas asociados:** fiebre, auditivos (otalgia, pérdida de audición o tinnitus), vómitos, palpitaciones, cefalea, alteración o pérdida del nivel de conciencia.
- **Antecedentes personales:** infección respiratoria vías altas reciente. Episodios recurrentes de otitis media aguda (OMA). Cefalea. Traumatismo.
- **Tóxicos/fármacos.**
- **Antecedentes familiares:** cardiovasculares, migraña, historia ansiedad y depresión.

C. EXPLORACIÓN FÍSICA

Realizar una exploración física completa, prestando especial interés a la exploración otorrinolaringológica (ORL), neurológica y cardiológica:

- Presencia de nistagmo: es la manifestación más característica del vértigo.
- Exploración ORL: signos de OMA, hemotímpano, vesículas, pérdida auditiva.
- Exploración neurológica: nivel de conciencia, pares craneales, reflejos osteotendinosos, pruebas cerebelosas (incluido Romberg).
- Exploración cardíaca: ritmo y presencia de soplos. Presión arterial, frecuencia cardíaca.

D. VÉRTIGO^{2,3}

Definición: 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.

Se distinguen dos grandes síndromes: vértigo central y periférico.

E. ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN ESPECÍFICA

Para clasificar la sintomatología en un vértigo central o periférico es de ayuda la siguiente tabla donde se describen los síntomas y signos característicos de cada entidad (no siempre están todos presentes y la ausencia de uno de ellos no descarta el cuadro).

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

Exploración específica del paciente con vértigo.

- Examen ocular: el **nistagmo** puede ser espontáneo o posicional (inducido al mover la cabeza o los ojos):
 - Periférico: horizontal o rotatorio, unidireccional, se atenúa al fijar la mirada, latente, fatigable.
 - Central: vertical, multidireccional, empeora al fijar la mirada, inmediato tras cambio postural, no fatigable.

- **Romberg:**
 - Positivo: el paciente se cae solo al cerrar los ojos y hacia el lado del sistema vestibular deficitario (en trastornos vestibulares).
 - Negativo: el paciente se cae tanto con los ojos abiertos como cerrados hacia cualquier lado (en trastornos cerebelosos).
- Test vestibulares:
 - **Brazos extendidos.** Colocar al paciente con los brazos extendidos en posición horizontal. Se observa desviación de los brazos hacia el lado del sistema vestibular periférico deficitario.
 - **Unterberger:** se pide al paciente marcar el paso sin avanzar con los brazos extendidos hacia delante y los ojos tapados. Si existe lesión vestibular, se desvía hacia el lado de la lesión más de 30 grados.
 - **Dix-Hallpike/Nylen-Barany:** se sienta al paciente en la camilla y se tumba con la cabeza girada hacia uno u otro lado con el cuello extendido manteniendo esta posición durante 10 segundos hasta desencadenar el nistagmo. Es signo de nistagmo paroxístico postural.

F. VÉRTIGO PERIFÉRICO⁴⁻⁷

El vértigo periférico es mucho más frecuente que el central, pero lo más frecuente es que se trate de un pseudovértigo, por lo que tenemos que insistir en la sensación de giro de objetos durante la historia clínica. Estos pacientes precisan valoración por especialista en 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.

Próximamente se publicará el algoritmo dedicado al vértigo periférico.

G. VÉRTIGO CENTRAL¹⁻³

Se debe sospechar vértigo central (ver próximo algoritmo) cuando la exploración física general y ORL no puede confirmar un vértigo periférico. El inicio es **insidioso** pero **progresivo**, hay **nistagmo vertical** y además existe clínica de **afectación del sistema nervioso central**, como cefalea, focalidad neurológica o alteración del estado mental (**Tabla 1**). En este caso se debe realizar una tomografía computarizada craneal urgente, a no ser que se confirme intoxicación, en cuyo caso se debe realizar tratamiento específico.

Próximamente se publicará el algoritmo dedicado al vértigo central.

H. ATAXIA

Originada por la afectación cerebelosa y sus vías aferentes y eferentes. Es un trastorno caracterizado por una dificultad para mantener el equilibrio con incoordinación de los movimientos intencionados.

Presentan Romberg negativo: el paciente se cae tanto con los ojos abiertos como cerrados hacia cualquier lado.

I. MAREO O PSEUDOVERTIGO

Es un término ambiguo que se puede referir a una sensación mal definida de malestar, inestabilidad, náuseas, aturdimiento, debilidad, visión nublada, sensación de caída, andar flotando o incluso sensación de giro. Puede ser el síntoma referido en numerosas y muy variadas patologías.

Cuando un paciente refiere encontrarse mareado, antes de considerar que se trata de un mareo o pseudovértigo, hay que descartar que no se trate de un vértigo verdadero (sensación de movimiento o giro de la propia persona o su entorno) o de una ataxia (dificultad para mantener el equilibrio con incoordinación de los movimientos intencionados).

Próximamente se publicará el algoritmo dedicado al mareo/pseudovértigo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Walls T, Teach SJ. Causes of dizziness and vertigo in children and adolescents. En: UpToDate [en línea] [consultado el 27/01/2022]. Disponible en: www.uptodate.com/contents/causes-of-dizziness-and-vertigo-in-children-and-adolescents
2. Walls T, Teach SJ. Evaluation of dizziness and vértigo in children and adolescents. En: UpToDate [en línea] [consultado el 27/01/2022]. Disponible en: www.uptodate.com/contents/evaluation-of-dizziness-and-vertigo-in-children-and-adolescents
3. Oikonomopoulou N, Lowy Benoliel A, Miranda Herrero MC. Mareo/vértigo. Síntomas y signos guía en Urgencias Pediátricas. 1.ª ed. Madrid: Ergon; Miguez Navarro MC; 2016. p. 439-44.
4. Jahn K, Langhagen T, Heinen F. Vertigo and dizziness in children. [Curr Opin Neurol. 2015;28:78-82.](https://doi.org/10.1007/s00127-015-0882-8)
5. Wang A, Zhou G, Lipson S, Kawai K, Corcoran M, Brodsky JR. Multifactorial Characteristics of Pediatric Dizziness and Imbalance. [Laryngoscope. 2021;131:E1308-E1314.](https://doi.org/10.1097/OTO.0000000000000714)

6. 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.](#)
7. 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>