

VÉRTIGO CENTRAL

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

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

M.^a José Pérez García. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid. España.

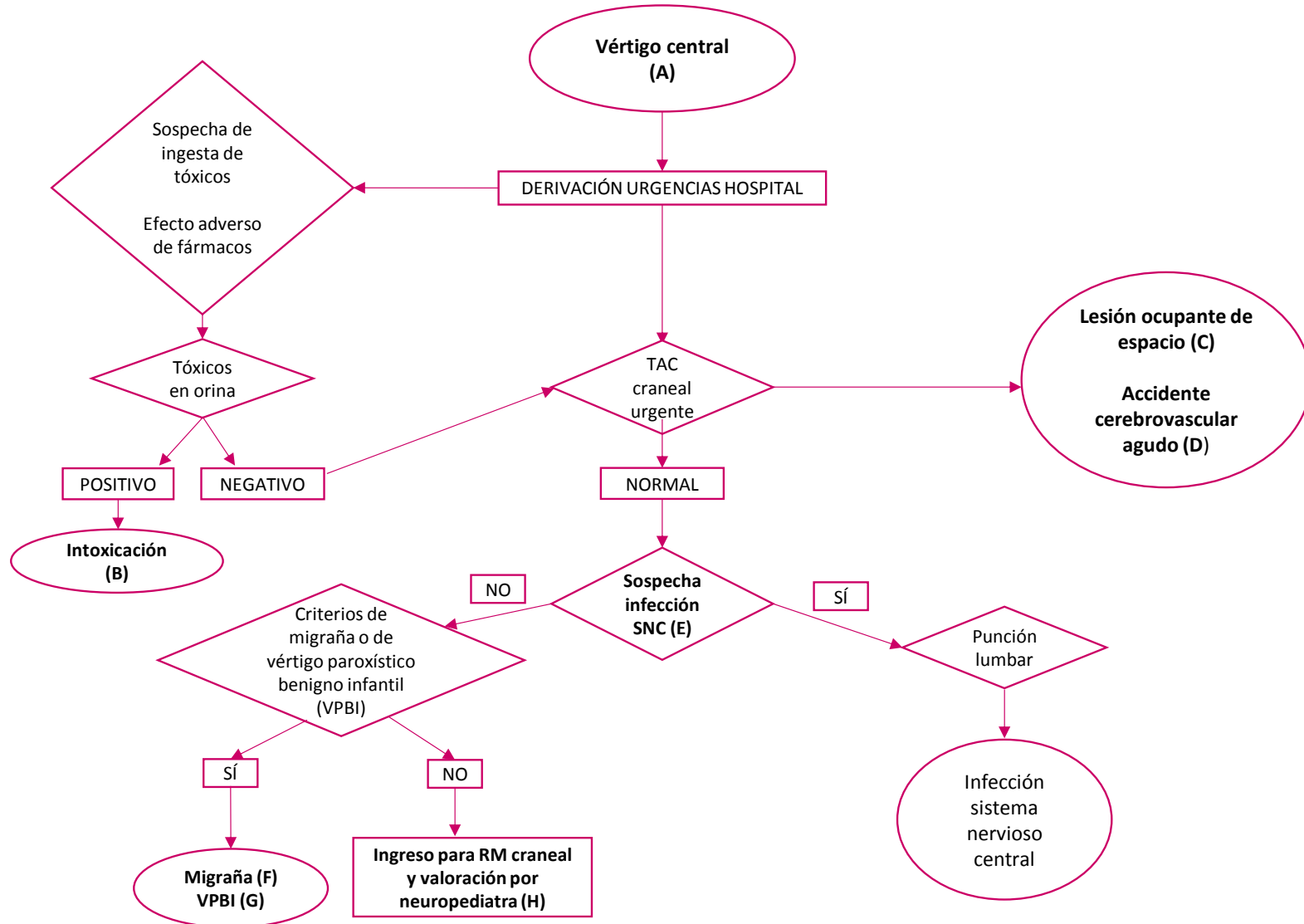
Correo electrónico: raquel.porto@salud.madrid.org

Secciones o materias: Otorrinolaringología, Neurología, Urgencias

Palabras clave: Mareo. Vértigo. Pseudovértigo.

Key words: Dizziness. Vertigo. Pseudovertigo.

Cómo citar este artículo: Porto Abal R, Lorenzo Ruiz M, Pérez García MJ. Vértigo central. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado el dd/mm/aa] Disponible en <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/84/vertigo-central>



A. VÉRTIGO CENTRAL^{1,2,3}

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”](#) y el algoritmo de [vértigo periférico](#).

En el vértigo se distinguen dos grandes síndromes: vértigo central y periférico (**Tabla 1**).

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	Moderado

Síntomas auditivos	Hipoacusia, acúfenos	No
Síntomas neurológicos	Ausentes	Pueden estar presentes
Nistagmo	Horizontal, horizontal-rotatorio, suprime con fijación ocular	Vertical o no supresión con fijación ocular
Coinciden romberg, desviación marcha y componente lento de <i>nistagmus</i> (hacia el lado enfermo)	Sí	No

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

B. INTOXICACIÓN

No suele haber focalidad neurológica.

Puede ser por: barbitúricos, etanol, ketamina, fenciclidina (polvo del ángel o PCP). Acompañados de alteraciones en la conducta o del estado mental.

Solicitar tóxicos en orina (falso negativo en caso de ketamina).

Efectos adversos de fármacos: carbamacepina, fenitoína, litio.

Se debe realizar tratamiento específico.

C. LESIÓN OCUPANTE DE ESPACIO

Aunque es una causa rara, cualquier masa alrededor del IV ventrículo o del sistema vestibular central puede causar mareo, vértigo o nistagmus debido a compresión, desplazamiento o inflamación. Los síntomas suelen empeorar con los cambios de posición cefálica.

D. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO

Normalmente se presenta como hemiplejía o alteración del estado mental.

Sin embargo, el mareo o vértigo pueden estar presentes cuando el defecto sucede a nivel del territorio de la arteria basilar (laberinto, núcleos vestibulares del tronco del encéfalo) o en vasos que irrigan los centros vestibulares en el córtex.

E. INFECCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Asocia generalmente otros síntomas como fiebre, cefalea, rigidez de nuca o alteración del estado mental.

F. MIGRAÑA⁴: CONSULTAR ALGORITMO DE CEFALEA ([HTTPS://ALGORITMOS.AEPAP.ORG/ALGORITMO/5/CEFALEA](https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/5/cefalea))

- **Migraña vestibular o vértigo migrañoso.** Causa más frecuente en la infancia. Síntomas vestibulares de duración entre 5 minutos y 72 horas en pacientes con historia personal o familiar de migraña u otros síntomas clínicos de migraña. A diferencia de los adultos frecuentemente no asocia cefalea.
- **Migraña con aura troncoencefálica o migraña basilar.** En el primer episodio, la principal consideración en pacientes con migraña basilar o vestibular es diferenciarlo de un accidente cerebrovascular agudo, por lo que se suele precisar estudio de neuroimagen. Los criterios diagnósticos son los siguientes:
 - Dos o más síntomas de aura troncoencefálicos (disartria, vértigo, acúfenos, hipoacusia, diplopía, ataxia, disminución del nivel de conciencia).
 - Puede estar presente aura visual, sensitiva o afásica.
 - Los síntomas siempre aparecen de forma progresiva en 5 minutos, la duración va de 5 a 60 minutos y el aura se acompaña o se sigue tras 60 minutos, de cefalea.

Si ceden los síntomas, valorar alta y seguimiento ambulatorio en neurología.

Si persistencia de síntomas, decidir ingreso para valoración por Neuropediatría. Considerar realizar resonancia magnética craneal.

G. VÉRTIGO PAROXÍSTICO BENIGNO INFANTIL

Segunda 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 síntomas o signos: nistagmus, ataxia, vómitos, palidez, temor.

Generalmente aparecen en *clusters*, de forma diaria durante varios días seguidos, remitiendo varias semanas y volviendo a aparecer de nuevo.

Existe historia familiar de migraña. Edad entre 2 y 5 años.

Cumple características clínicas de vértigo periférico, pero también puede ser considerado un equivalente migrañoso por su fisiopatología y por tanto vértigo de origen central

H. OTRAS CAUSAS MENOS FRECUENTES

- **Esclerosis múltiple (EM).** Más frecuente en mujeres jóvenes. El vértigo es un síntoma reportado entre el 30 y el 50% de pacientes con EM. Frecuentemente asociado a síntomas de disfunción de pares craneales adyacentes con hiper o hipoacusia, hipoestesia facial o diplopía.
- **Crisis epiléptica.** Causa muy infrecuente de mareo/vértigo. El vértigo puede ser el aura de una epilepsia de origen temporal. Es poco sugerente cuando aparece de forma aislada sin pérdida de conciencia o sin estado poscrítico posterior. Solicitar electroencefalograma en caso de sospecha.

BIBLIOGRAFÍA

1. Walls T, Teach SJ. Causes of dizziness and vertigo in children and adolescents. En: UpToDate [en línea] [consultado el 07/06/2021]. Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-dizziness-and-vertigo-in-children-and-adolescents>
2. Walls T, Teach SJ. Evaluation of dizziness and vertigo in children and adolescents. En: UpToDate [en línea] [consultado el 07/06/2021] Disponible en https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-dizziness-and-vertigo-in-children-and-adolescents?search=Evaluation%20of%20dizziness%20and%20vertigo%20in%20children%20and%20adolescents%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
3. Oikonomopoulou N, Lowy Benoliel A, Miranda Herrero MC. Mareo/vértigo. En: Míguez Navarro MC. Síntomas/signos guía en Urgencias Pediátricas. [Madrid: Ergon; 2016. p. 439-44.](#)
4. Comité de clasificación de la cefalea de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS). III edición de la Clasificación internacional de las cefaleas. En: Cephalgia [en línea] [consultado el 03/03/2022] Disponible en https://ihs-headache.org/wp-content/uploads/2020/05/3559_ichd-3-spanish.pdf