

## Algunas características del vértigo en la adolescencia

Some characteristics of vertigo in adolescence

Walter Palomino Alberto<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8018-3019>

<sup>1</sup>Hospital Alberto Fernández Valdez. Santa Cruz del Norte, Mayabeque, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [wpalomino523@gmail.com](mailto:wpalomino523@gmail.com)

Recibido: 16/11/2022

Aprobado: 12/12/2022

El vértigo se define como una sensación subjetiva de desplazamiento, ya sea del individuo o del medio que lo rodea. Casi siempre este desplazamiento se evidencia, especialmente, en el plano horizontal y con sensación de rotación, pero también puede sentirse como sensación de desplazamiento vertical, como oscilación, impresión de movimiento de báscula o de alejamiento del suelo bajo los pies.<sup>(1,2)</sup>

El diagnóstico diferencial de inestabilidad en los adolescentes es diverso respecto al resto de los pacientes pediátricos y sobre todo comparado con los adultos.<sup>(3)</sup>

En ocasiones es difícil obtener una información clara por la anamnesis y también pueden sumarse factores psicológicos que complican la recogida de información clínica y el abordaje diagnóstico. Todo esto propicia que sea un motivo de consulta frecuente y genere desconcierto en el profesional sanitario, al paciente y a su familia.

El primer paso para enfrentar con éxito este reto diagnóstico es comprender las diferencias entre mareo, inestabilidad postural y vértigo. Luego es fundamental realizar una anamnesis sistemática y exhaustiva junto con una exploración física

específica para establecer un diagnóstico adecuado que constituirá la llave para establecer un tratamiento conveniente y facilitar al paciente y a la familia un pronóstico preciso de la duración e impacto del problema.<sup>(4)</sup>

El mareo es un término ambiguo. Se refiere tanto a la sensación de inestabilidad como a una presencia inespecífica de malestar, de náuseas o de aturdimiento. No es un término recomendable.

La inestabilidad postural es la sensación subjetiva del paciente de pérdida de equilibrio, es decir, de propensión a perder la posición postural que mantiene. La anamnesis del paciente con inestabilidad es la parte más importante de la evaluación. En general, se definen tres tipos de presentación: un primer episodio agudo, episodios recurrentes y sensación de inestabilidad crónica. Debe precisarse el síntoma principal.

De forma didáctica, se puede clasificar la sensación de inestabilidad en tres tipos: inestabilidad vertiginosa, inestabilidad atáxica e inestabilidad inespecífica.<sup>(5)</sup>

1. Inestabilidad atáxica: habitualmente aparece por lesión o mal funcionamiento del cerebelo y/o de sus vías o de las vías propioceptivas (cordones posteriores). Suele notarse como una sensación de pulsión multidireccional con alteración de coordinación del propio movimiento y una inseguridad durante la marcha. La inestabilidad atáxica se traduce en un aumento de la base de sustentación y en la aparición de otros síntomas cerebelosos en la exploración.<sup>(5)</sup>
2. Inestabilidad inespecífica: en estos casos es importante comparar la sensación del paciente con información que provenga de un observador externo. Es habitual que la inestabilidad inespecífica presente una incongruencia entre la sintomatología subjetiva y la sintomatología objetivada por otro observador y por el explorador.<sup>(5)</sup>
3. Inestabilidad vertiginosa: acompaña a todo cuadro de sensación anormal de movimiento y responde a lesiones tanto centrales como periféricas.

La duración es otro dato muy importante en el diagnóstico diferencial. Es importante separar la duración del episodio agudo de la sensación intermedia que se puede quedar después de los episodios. Lo que ayuda al diagnóstico en realidad es la duración del episodio agudo y a grandes rasgos se definen tres grupos temporales: segundos, minutos, horas o días.<sup>(6)</sup>

De extraordinaria utilidad diagnóstica es como se desencadenan los síntomas. Si aparecen al acostarse o dar vueltas en la cama, es muy probable que nos encontremos ante un vértigo posicional paroxístico benigno. Si aparece casi siempre al levantarse tras estar mucho tiempo acostado o sentado, lo más posible es que nos enfrentemos a un ortostatismo. Si existen en factores situacionales (multitudes, sitios pequeños, con mucho calor) se debería pensar en factores psicológicos o en un síncope neuromediado como causa.

Las infecciones orientan hacia la neuritis vestibular y la historia de un traumatismo craneoencefálico reciente puede sugerir un vértigo postraumático. Si aparece acompañado de acúfenos y pérdida de la audición debe estudiarse un síndrome de Meniere. La aparición con maniobras de Valsalva (por ejemplo, la defecación) sugiere un síndrome de dehiscencia del canal semicircular superior, que casi siempre aparece como secuela de un traumatismo craneoencefálico. La aparición de síntomas coincidentes con fiebre o tras ejercicio es muy típico de algunas ataxias episódicas.<sup>(7,8)</sup>

Por último, se recomienda recoger los síntomas no relacionados con el problema principal, pero que tienen importancia para el diagnóstico etiológico; síntomas auditivos (otalgia, pérdida de audición y tinnitus) orientan hacia una causa otorrinolaringológica.

La inestabilidad al caminar a oscuras es un síntoma que orienta hacia una lesión vestibular bilateral crónica y a lo que es mucho más frecuente la pérdida de sensibilidad vibratoria, que puede ser un dato precoz en algunas polineuropatías.

En general, parece recomendable en la evaluación de cualquier paciente con inestabilidad recoger unas constantes: glucemia, presión arterial (sentado y de pie), frecuencia cardíaca (sentado y de pie), frecuencia respiratoria y realizar una exploración pediátrica general: auscultación cardíaca y pulmonar y realización de

otoscopia, además de una exploración neurológica básica orientada a diferenciar entre un vértigo central y un vértigo periférico.<sup>(7,9)</sup>

La exploración neurológica requiere de maniobras específicas: El primer paso es observar la posición cefálica y ocular en la posición primaria de la mirada y luego evaluarlas en las distintas posiciones cardinales. La presencia de limitación de la mirada hacia una posición concreta orienta hacia un problema central, salvo que exista un problema visual u oculomotor previo (es importante hacerlo con la corrección visual del paciente y preguntar por la presencia previa de estrabismo o defectos de refracción).

Particularmente relevante son las divergencias de posición entre ambos ojos, que orientan hacia una causa central (sobre todo, si la divergencia es vertical). Otras veces los cambios oculares no son evidentes y lo que puede aparecer es una inclinación cefálica compensatoria, hecho muy orientador hacia una paresia de un músculo oblicuo pero que también puede aparecer en una anomalía vestibular o un problema central.<sup>(10)</sup>

Otros datos importantes a tener en cuenta mientras se evalúa la posición cefálica y ocular en las distintas posiciones es la presencia de movimientos anómalos que interfieran en la fijación (nistagmos y otras alteraciones de la fijación ocular) y la queja subjetiva de diplopía por el paciente.<sup>(9)</sup>

El nistagmo es un movimiento ocular que se caracteriza por la presencia de una fase lenta y una fase rápida con la misma direccionalidad y distinto sentido. Por convención, el sentido del nistagmo (por ejemplo, si bate hacia la izquierda o la derecha) se define por la fase rápida.<sup>(9,10)</sup>

Los nistagmos de causa central característicamente no varían o incluso aumentan con la fijación, mientras que los de causa periférica característicamente desaparecen con la fijación. La direccionalidad del nistagmo también es importante; los nistagmos de origen vestibular suelen ser horizontales u horizontorotatorios y los de origen central suelen ser verticales.<sup>(10)</sup>

Una exploración básica debe constar de un test de Dix-Hallpike y de un test de impulso cefálico. El test de Dix-Hallpike es una prueba con alto valor predictivo para vértigo posicional paroxístico benigno. El test de impulso cefálico es una prueba

que evalúa el reflejo vestíbulo-ocular y que tiene gran utilidad en la distinción de un vértigo central de un vértigo de causa periférica.<sup>(6)</sup>

Por último, la evaluación de un vértigo requiere el estudio de la marcha y de la postura. Aunque tradicionalmente estas pruebas han recibido mucha atención, su valor diagnóstico en comparación con las anteriores es mucho menor. La evaluación de la marcha debe realizarse, si es posible, por la situación del paciente con los ojos abiertos y los ojos cerrados. Una lesión vestibular suele mostrar una desviación hacia un único lado al cerrar los ojos mientras que una lesión central o la afectación sensitiva de los miembros suele cursar con desviación hacia varios sentidos y la presencia de una base de sustentación aumentada.<sup>(4)</sup>

En la población adolescente, los cuadros más frecuentes son los relacionados con la migraña. La migraña vestibular es la causa de vértigo más frecuente en los adolescentes. Por un lado, la asociación de cefalea y vértigo es frecuente.

El diagnóstico diferencial de la migraña vestibular suele ser sencillo, pero existe un cuadro genético no demasiado infrecuente. El proceso por el que un vértigo agudo (generalmente migraña) se convierte en una sensación de inestabilidad crónica no es bien conocido y aunque el sexo influya, deben, también, influir otros factores. La teoría más aceptada actualmente es un fallo en la readaptación vestibular. En esta readaptación parecen influir los mecanismos de enfrentamiento postural ante la sensación de inestabilidad y factores psicológicos. Sobre esta base se recomienda como estrategia preventiva iniciar precozmente ejercicios de rehabilitación vestibular y el uso prudente y limitado en el tiempo, de los sedantes vestibulares en la fase aguda de cualquier vértigo.

El vértigo crónico en el adolescente presenta por lo tanto un reto terapéutico importante ante la escasa información de la que se dispone. Respecto al diagnóstico diferencial de los vértigos crónicos y recurrentes de causa periférica, es importante la detección de cuadros cardiovasculares potencialmente tratables y que en algunos casos se asocian a mortalidad (arritmias y miocardiopatías).<sup>(3,6)</sup> Por ello, es importante tener en cuenta los síntomas de alarma de causa cardiovascular como pérdida de conciencia, palpitaciones e historia de síncope frecuentes.

## Referencias bibliográficas

1. Jahn K, Langhagen T, Heinen F. Vertigo and dizziness in children. Current opinion in neurology. 2019;28(1):78-82. DOI: <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000157>
2. Langhagen T, Landgraf MN, Huppert D, Heinen F, Jahn K. Vestibular Migraine in Children and Adolescents. Current pain and headache reports, 2018;20(12):67. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11916-016-0600-x>
3. Pilcher TA, Saarel EV. A teenage fainter (dizziness, syncope, postural orthostatic tachycardia syndrome). Pediatric clinics of North America. 2017;61(1):29-43. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2013.09.009>
4. Zwergal A, Brandt T, Magnusson M, Kennard C. Dizzynet-a European network initiative for vertigo and balance research: visions and aims. J Neurol. 2016;263:2-9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00415-015-7912-3>
5. Alcalá Villalón T, Lambert García M, Suárez Landrean A. Enfoque clínico del vértigo desde la Atención Primaria de Salud. Rev. Haban. Cienc. Méd. 2014[acceso 12/04/2022];13(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2014000300005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000300005)
6. Leite Romero A, Siqueira Yoshihiro H, Seizo Kishi M, Vieira Cardoso A. Dizziness hándicap inventory - em um grupo de pacientes submetidos a reabilitação vestibular personalizada. Rev. CEFAC. 2018;17(3) DOI: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201510414>
7. Saraiva B, Mezzalira R, Schuster S, Dizziness profile and clinical features: a population based survey in São Paulo City. Brazil Medical Express. 2017;2(1) DOI: <https://doi.org/10.5935/MedicalExpress.2017.01.06>
8. Macarena K, Lara R, Héctor S. Vértigo postural paroxístico benigno subjetivo. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello. 2019;74(3) DOI: <https://doi.org/10.4067/S0718-48162014000300014>
9. Damasceno M, Souza V, Jandre J. Prevalência e associações da vertigem posicional paroxística benigna em idosos. Rev. CEFAC. 2017;16(5). DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-021620149513>

10. Mangabeira P, Silveira F. Vertigo and dizziness in elderly patients with neurological disorders. 2017;9(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082011A02131>

### **Conflicto de intereses**

El autor declara que no existe conflicto de intereses.