

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE CON VÉRTIGO EN URGENCIAS

Sección Urgencias Pediátricas-Sección ORL infantil-Sección
Neuropediatría

Elaborado: Niki Oikonomopoulou (Residente de Pediatría)

Alex Lowy Benoliel (Adjunto ORL infantil)

M Concepción Miranda (Adjunto Neuropediatría)

Supervisado: Conchita Míguez Navarro (Adjunto Urgencias Pediátricas)

Revisado: Agosto 2017

Mareo/Vértigo

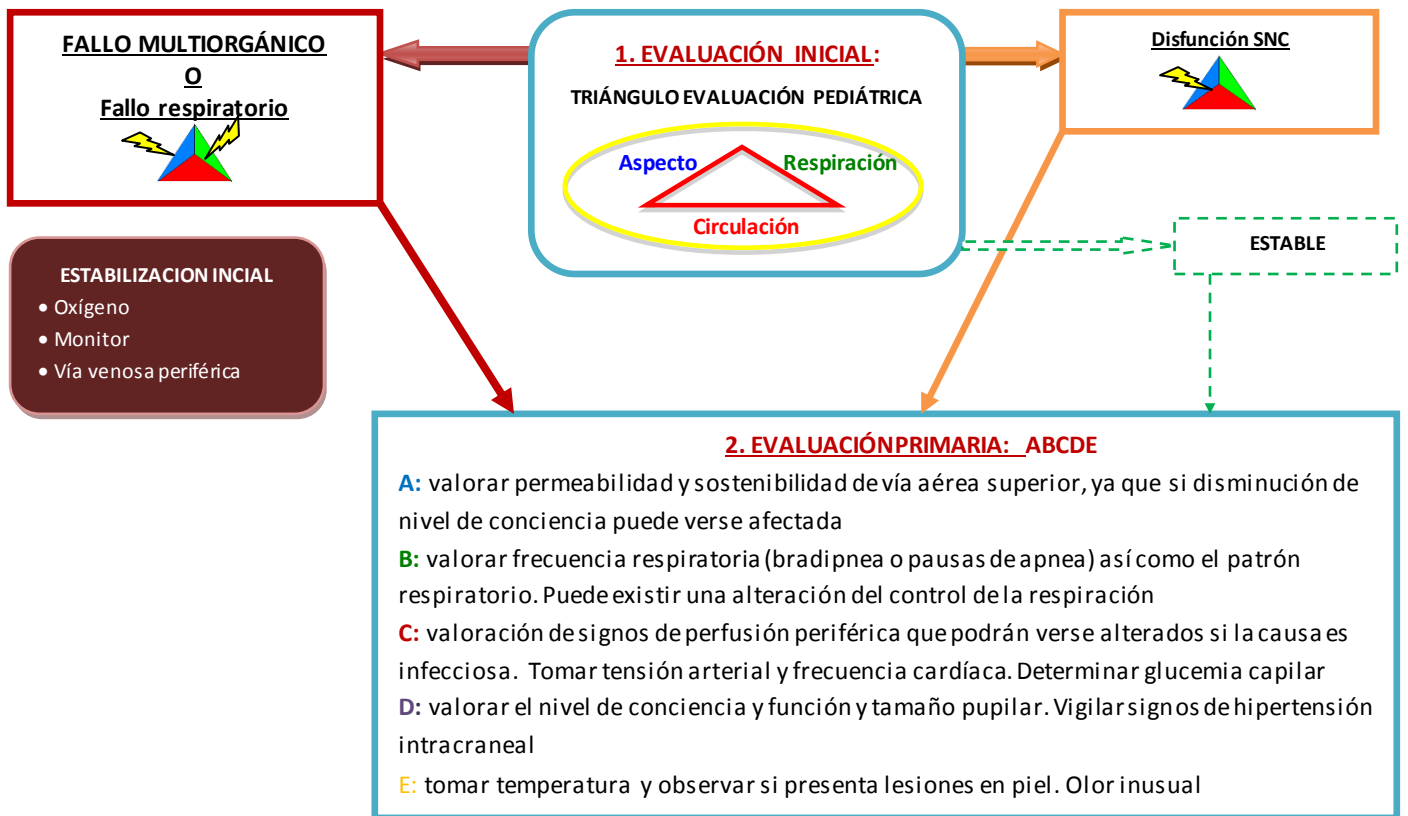
- **Definición:** Sensación molesta de giro del paciente con respecto al medio o del medio respecto al paciente, acompañado de inestabilidad y síntomas vegetativos. Se tiene que diferenciar del mareo, que es una sensación mal definida de aturdimiento, falta de orientación o inestabilidad.
- **Epidemiología:** El vértigo es un síntoma menos frecuente en los niños que en los adultos. Se diagnostica más en los adolescentes, probablemente por la dificultad de los niños pequeños de expresar sus síntomas. El vértigo periférico es mucho más frecuente que el central, pero lo más frecuente es que se trata de un pseudovértigo, por lo que tenemos que insistir en la sensación de giro de objetos durante la historia clínica.
- **Patologías que pueda involucrar:**

-Vértigo periférico: en niños <5 años una causa muy frecuente es el vértigo paroxístico benigno infantil que se caracteriza por episodios breves y autolimitados de vértigo que ocurren de manera espontánea en niños previamente sanos. En niños > 5 años es frecuente el vértigo posicional infantil, que se desencadena por cambios posturales o movimientos cefálicos, dura pocos segundos y puede dejar o no sensación de inestabilidad. Las enfermedades del oído medio, como una otitis media, pueden provocar episodios de vértigo, pero siempre, tenemos que descartar una laberintitis o un colesteatoma. Otras causas muy poco comunes son la enfermedad de Menière (vértigo+acúfenos+hipoacusia), la neuritis vestibular y los tóxicos (fármacos o drogas)

-Vértigo central: la causa más común es la migraña basilar. Una causa grave son las infecciones del SNC, como la meningitis y la encefalitis. Otras causas de descartar son la epilepsia, los traumatismos craneoencefálicos (especialmente una fractura temporoparietal que provoca vértigo+hipoacusia+hemotímpano), los tóxicos (aminoglucosidos, salicilatos, diuréticos), la esclerosis múltiple y procesos expansivos de la fosa posterior.

-Mareo: causas comunes son la hipoglucemia, la hipotensión o la anemia. Se tiene que descartar una causa psicógena (p.e. depresión, crisis de ansiedad). El golpe de calor, las alteraciones visuales o el embarazo también pueden provocar sensación de mareo.

	VERTIGO PERIFÉRICO	VERTIGO CENTRAL
Inicio	Agudo, severo y paroxístico	Gradual y progresivo
Romberg	Positivo (hacia los lados)	Negativo (puede aparecer caída hacia delante o detrás)
Síntomas vegetativos	Intensos	Moderados
Síntomas auditivos	Hipoacusia y acúfenos	No / Poco frecuentes
Síntomas neurológicos	No	Frecuentes
Nistagmo	Puramente horizontal o Horizontorrotatorio que se inhibe con fijación (NUNCA vertical)	Puro vertical o horizontal que no se inhibe con la fijación
Coinciden Romberg, desviación de la marcha, componente lento de nistagmo	Si	No



3. EVALUACIÓN SECUNDARIA:

SAMPLE:

S:

Forma de inicio y curso del mareo/vértigo: agudo, progresivo, recurrente

Factores que alivian o empeoran los síntomas: posición de la cabeza, ojos cerrados

Síntomas y signos acompañantes: vómitos, acúfenos, focalidad neurológica, nistagmo, fiebre

A: alergias conocidas

M: medicación que toma o consumo de drogas. Medicación que puede producir mareo: aminoglicósidos, furosemida, ácido acetilsalicílico, amiodarona, antidepresivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, antipsicóticos

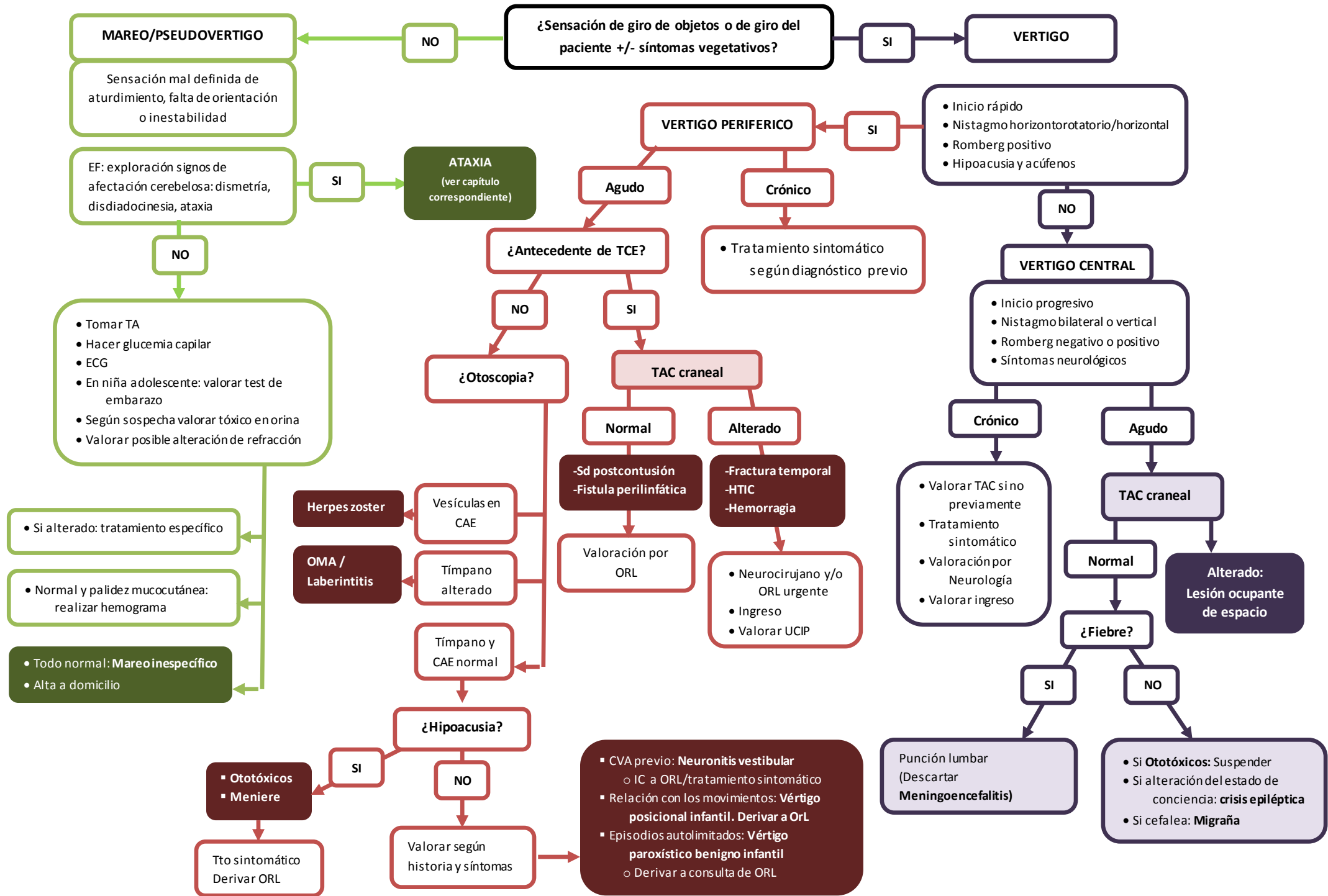
P: antecedentes personales y familiares de migraña, epilepsia, sordera

L: última ingesta

E: infecciones previas, traumatismos previos, intervenciones quirúrgicas ORL, consumo de tóxicos, viajes reciente en coche o autobús

EXPLORACIÓN FÍSICA DETALLADA:

- Exploración neurológica completa con fondo de ojo
- Exploración ORL: valoración de tímpano, valorar la audición, vesículas en pabellón auricular
- Exploración específica de mareo/vértigo:
 - Nistagmo
 - 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 sólo 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)
 - Tests vestibulares
 - *Brazos extendidos:* colocar al paciente con los brazos extendidos en posición horizontal. Se objetiva 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 / Nysten-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.



4. EVALUACIÓN TERCIARIA:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- **TC/RMN:** Indicaciones:
 - Historia de traumatismo craneoencefálico o otorragia
 - Vértigo de origen central
 - Afectado estado de conciencia
 - Focalidad neurológica
 - Vértigo recurrente o persistente sin diagnosticar
- **Punción lumbar:** si se sospecha proceso infeccioso (meningoencefalitis, herpes)
- **Radiografía de cráneo y de columna cervical:** si hay antecedente traumático
- **Radiografía de mastoides:** si sospecha diagnóstica de mastoiditis

TRATAMIENTO ESPECÍFICO:

- REPOSO
- SUEROTERAPIA si precisa (valorar grado de deshidratación si hay vómitos)
- ANTIEMÉTICOS : si vómitos persistentes
 - Ondasentrón via oral 0,2mg/kg/dosis, IV 0,15mg/kg/dosis (max 4mg/dosis)
- SEDANTES: si vértigo severo
 - Dlacepam 0,1-0,3mg/kg/día cada 6-8 horas (max 10mg/dosis)
- ANTIHISTAMINICOS: si vértigo persistente
 - Dimenhidrinato :
 - > 12 años 50-100mg c 4-6 h (dosis max 400mg/día)
 - 7-12 años 25-50mg c 6-8 horas (dosis max 150mg/día)
 - 2-6 años 12,5-25mg c 6-8 horas (dosis max 75mg/día)
 - No recomendado en niños < 2 años!
 - Hidroxicina 1-2mg/kg/día cada 6-8 horas
- Tratamiento etiologico: antibióticos en OMA, anticonvulsivos en epilepsia, cirugía en colesteatoma erosivo

INDICACIONES DE INGRESO:

- Alteración del estado general del paciente
- Vómitos incoercibles con mala tolerancia oral
- Alteración en la exploración neurológica u otros signos de alarma
- Sospecha de patología orgánica severa
- Ansiedad del niño o de la familia

INDICACIONES DE INTERCONSULTA A ESPECIALISTA NO PEDIATRA URGENTE:

- Neurocirugía: si antecedente de traumatismo con TAC anormal
- Neurología: si vértigo central

INDICACIONES DE DERIVACION A CONSULTAS EXTERNAS:

Neurología:

- vértigo agudo persistente (> 1 semana de duración)
- sospecha de migraña o de epilepsia

ORL:

- Vértigo agudo persistente (> 1 semana de duración)
- Pérdida de audición o hipoacusia
- Otitis medias de repetición, sospecha de laberintitis
- Sospecha de colesteatoma o de fistula perilinfática
- Vértigo paroxístico benigno y posicional infantil

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO EN DOMICILIO:

Se recomienda tratamiento con antihistamínicos orales (dimenhidrinato o hidroxicina) el menor número de días posible, sin superar 1 semana.

Si no mejoría tras 7 días con tratamiento, derivar a consulta de otorrino o de neurología.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. A. García Oguiza, A. Olloqui Escalona, G. Arriola Pereda. Algoritmo diagnóstico de vértigo. En: A. Verdú Pérez, A. García Pérez, O. García Campos, G. Arriola Pereda, B. Martínez Menéndez, P. De Castro de Castro. Manual de Neurología infantil. 2 edición. España: Médoca Panamericana S.A; 2014. p. 1054-1058
2. Ravid S, Bienkowski R, Eviatar L. A simplified diagnostic approach to dizziness in children. *Pediatr Neurol* [Internet]. 2003 [citado 4 Feb 2003]; 29(4): 317-320.
3. Federico Maria Gioacchini , Matteo Alicandri -Ciufelli, Shaniko Kaleci ,Giuseppe Magliulo , Massimo Re. Prevalence and diagnosis of vestibular disorders in children: A review *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* [Internet]. 2014 [citado 15 Oct 2013]; 78: 718-7244. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24612555>
4. R. Duilio Manrique Lipa, A.Soto Varela, S. Santos Pérez, R. K. Manrique Lipa, A.I. Lorenzo Lorenzo, T. Labella Caballero. Alteraciones del equilibrio en pacientes menores de 16 años distribuidos por grupos de edad. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2008; 59(9): 455-462.
5. Theresa Walls, Stephen J Teach. Evaluation of dizziness in children and adolescents [internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2005 [accesado 30 Ene 2006]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>