

Vértigo en niños y adolescentes

Eva Rocío Rodas Méndez,* María Ivonne Cárdenas**

Resumen

Introducción

el vértigo es un síntoma frecuente en la población adulta, pero es muy poco habitual en los niños; su prevalencia no está reportada.

Objetivo

Identificar la causa de vértigo en niños y adolescentes, así como el grupo de edad más afectado, los síntomas asociados más frecuentes y los resultados de las pruebas audiovestibulares.

MateriaL y MétodoS

Pacientes menores de 16 años de edad, que acudieron a consulta por alteraciones del equilibrio (2000-2010). Se distribuyeron en tres grupos en función de su edad: grupo A: menores de seis años, grupo B: 7-10 años, y grupo c: mayores de 10 y menores de 16 años.

reSuLtAdoS

veintitrés pacientes, edad 3-16 años; cinco (21.73%) correspondieron a vértigo de origen central, y 18 (78.26%), a vértigo de origen periférico. El mayor número de pacientes se encontró en el grupo C (10-16 años), con 60.8%. Los síntomas asociados con mayor frecuencia fueron vértigo y náusea, hipoacusia, acúfeno y cefalea. Hidrops endolinfático fue el diagnóstico más común, en ocho (44.4%); el segundo diagnóstico más frecuente fue vértigo postural paroxístico benigno, en cuatro (22.2%), seguido por neuronitis vestibular, en tres (16.6%).

concluSIón

el vértigo es un síntoma que se estudia poco en niños y adolescentes; sin embargo, con esta serie se demuestra que no es una afección infrecuente; en la clínica de otorrinolaringología puede llegar a ser frecuente.

Abstract

Introduction

In the adult age vertigo is a common symptom, but very unusual in children population; its prevalence is not reported.

Objective

to identify the cause of dizziness in children and adolescents, as well as the most affected age group, the most frequent associated symptoms and results of audiologic and vestibular tests.

MAterIAL And MethodS

Patients younger than 16 years old, who consulted by alterations in the balance (2000-2010), were included. Patients were distributed into three groups depending on their age: group A, younger than 6 years old; group B, 7-10 years old; and group c, 10 to 16 years old.

reSuLtS

23 patients, age 3-16 years; 5 (21,73%) corresponded to vertigo of central origin and 18 (78.26%) to vertigo of peripheral origin. the largest number of patients was found in the group c 10-16 years (60.8%). the most frequent associated symptoms were dizziness and nausea, hearing loss, tinnitus and headache. endolymphatic hidrops was the most common diagnosis in eight (44.4%), the second most frequent diagnosis was benign paroxysmal positional vertigo with four (22.2%), followed by vestibular neuronitis in three patients (16.6%).

concluSIon

the vertigo is a little studied symptom in children and adolescents; however, this series shows that vertigo is not a rare entity, but that at the ent clinic it can become frequent.

Palabras clave:

vértigo, central, periférico, grupo etario

Key words:

vertigo, central, peripheral, age group.

Introducción

El vértigo es un síntoma frecuente en la población adulta, pero es muy poco habitual en los niños; hace 30 años se pensaba que sólo era una enfermedad de los adultos. Actualmente su prevalencia es inferior a 1%.

Aunque no existe mucha bibliografía sobre las alteraciones del equilibrio en la infancia, parece que hay diferencias sustanciales con respecto a lo que sucede en los adultos; estas diferencias hacen referencia a aspectos etiológicos y a peculiaridades clínicas y diagnósticas.

Las causas que pueden producir trastornos del equilibrio en la infancia son muy variadas. Hay diferentes clasificaciones etiopatogénicas de los trastornos del equilibrio. La más extendida es la que los subdivide según el origen del trastorno, en la que se distinguen procesos de tipo central y periférico.

Un correcto diagnóstico requiere un minucioso examen otológico, neurológico y físico general, así como la valoración conjunta de las pruebas de evaluación audiovestibular. Esto en los adultos con frecuencia resulta complejo y aumenta de dificultad en los niños. Muchas de las pruebas habituales de exploración del equilibrio exigen la colaboración activa del paciente para su correcta realización y los niños (especialmente los más pequeños) no siempre son pacientes "colaboradores", lo que hace difícil establecer en ellos un diagnóstico certero.

Para efectos de este estudio, se analizaron los siguientes parámetros: sexo, edad, características de la alteración del equilibrio, existencia o ausencia de síntomas vegetativos asociados, resultado de las pruebas de exploración audiovestibular y por imagen y diagnóstico final.

Material y métodos

Se realizó un estudio sin distribución al azar, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron todos los expedientes de pacientes que por alteraciones del equilibrio acudieron a consulta en un periodo de 10 años (de enero de 2000 a octubre de 2010) al servicio de Otorrinolaringología del Hospital Juárez de México.

Se incluyó en el estudio a 23 pacientes, todos menores de 16 años; se distribuyeron en tres grupos según su edad: grupo A, menores de seis años; grupo B, de 7 a 10 años, y grupo C, mayores de 10 y menores de 16 años.

A todos los pacientes se realizó una historia clínica adaptada a su edad (contestada por el paciente y completada por sus padres), otoscopia y exploración clínica otoneurológica y vestibular, con la realización de las siguientes pruebas:

exploración de pares craneales, observación de la existencia o ausencia de nistagmo espontáneo (con gafas de Frenzel y con fijación de la mirada), prueba de agitación cefálica, prueba de Romberg, pruebas posicionales (prueba de Dix y Hallpike), exploración de la marcha y pruebas cerebelosas.

Según la edad de los pacientes se realizaron las siguientes pruebas audiovestibulares: audiometría tonal y electronistagmografía (ENG).

Los datos obtenidos se recogieron en una base de datos elaborada en el programa Excel para Windows XP.

Resultados

En el grupo A se encontraron dos pacientes (8.6%); en el grupo B, siete pacientes (30.4%), y en el grupo C, 14 pacientes (60.8%). Del total de los pacientes, 10 fueron mujeres (43.3%) y 13 fueron hombres (56.5%), con límites de edad de 3 a 16 años y edad media de 14 años.

Los 23 pacientes tuvieron síntomas asociados con el vértigo; 15 (65.2%) padecieron náusea y vómito (dos del grupo A, cinco del grupo B y ocho del grupo C), ocho (34.7%) tuvieron hipoacusia (seis del grupo B y dos del grupo C), siete (30.4%) experimentaron acúfeno (tres del grupo B y cuatro del grupo C), seis (30.4%) padecieron cefalea (uno del grupo A, tres del grupo B y dos del grupo C). Otros síntomas incluyeron: ataxia, disartria, crisis convulsivas, fotofobia y algiacusia, con un paciente con cada síntoma (Figura 1).

De los estudios audiovestibulares, a los 23 pacientes se les realizó por lo menos en una ocasión audiometría tonal (Figura 2); 14 (60%) pacientes exhibieron audición normal (uno del grupo A, tres del grupo B y 10 del grupo C), mientras que nueve pacientes (39.1%) tuvieron algún tipo de hipoacusia (uno del grupo A, cuatro del grupo B y cuatro del grupo C). A 82.6% de los pacientes (19) se les realizó electronistagmografía (Figura 3); de éstos, 12 (63.1%) exhibieron características normales (dos del grupo B y 10 del grupo C) y siete (36.8%) resultaron con algún tipo de alteración en el registro (tres del

• *Presentado en el congreso nacional de otorrinolaringología, efectuado en Mérida en mayo de 2011.*

* *Médico residente de otorrinolaringología.*

** *Médico adscrito a Audiología.*

hospital Juárez de México, México, dF.

Correspondencia: *dra. eva rocío rodas Méndez. Av. Instituto Politécnico nacional 5160, colonia Magdalena de las Salinas, cP 07760, México, dF. correo electrónico: evarocio.s20@hotmail.com*

recibido: noviembre, 2011. Aceptado: diciembre, 2011.

este artículo debe citarse como: rodas-Méndez er, cárdenas MI. vértigo en niños y adolescentes. An orl Mex 2012;57(2):69-72.

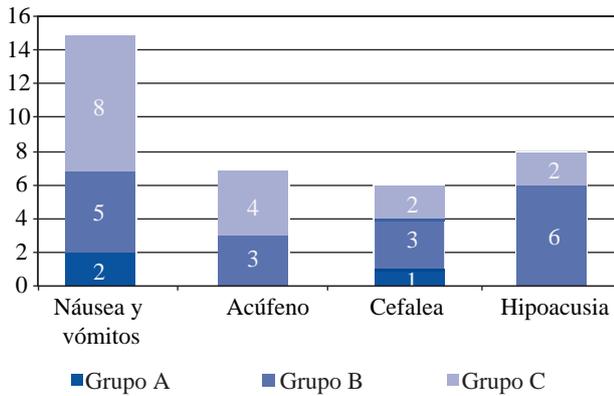


Figura 1. Distribución por grupos de edad de síntomas asociados con vértigo (grupo A: menor de seis años, grupo B: 7 a 10 años, y grupo C: 11 a 16 años).

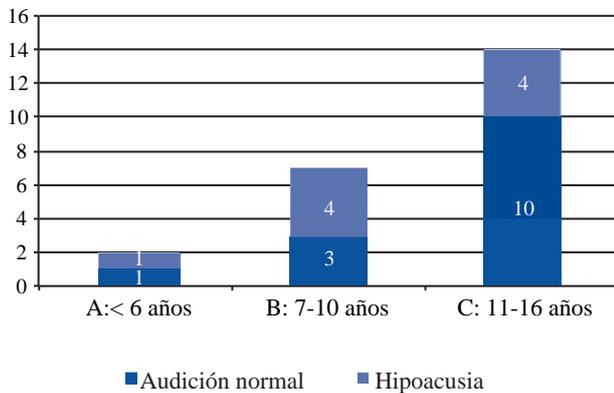


Figura 2. Resultado de audiometría tonal por grupos de edad.

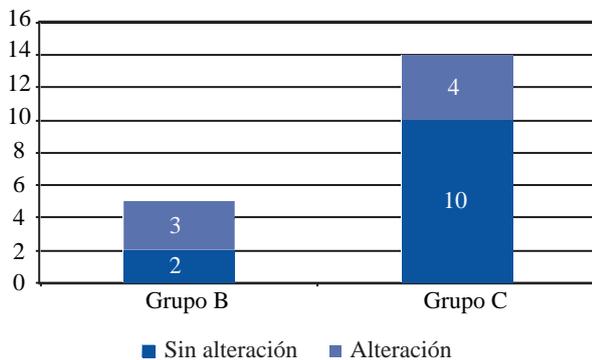


Figura 3. Resultado del registro de la electronistagmografía por grupos de edad (grupo B: 7 a 10 años, y grupo C: 11 a 16 años).

grupo B y cuatro del grupo C). A 12 (52.1%) pacientes se les realizó resonancia magnética cerebral y se encontró alteración en un paciente del grupo B y en uno del grupo C (16.6%).

En cuanto a los diagnósticos, cinco (21.7%) correspondieron a vértigo de origen central, y 18 (78.2%), a vértigo de origen periférico (Figura 4). Hidrops endolinfático fue el

diagnóstico más común, con 44.4% (8); el segundo diagnóstico más frecuente fue vértigo postural paroxístico benigno, con 22.2% (4), seguido de neuronitis vestibular, con 16.6% (3) [Figura 5].

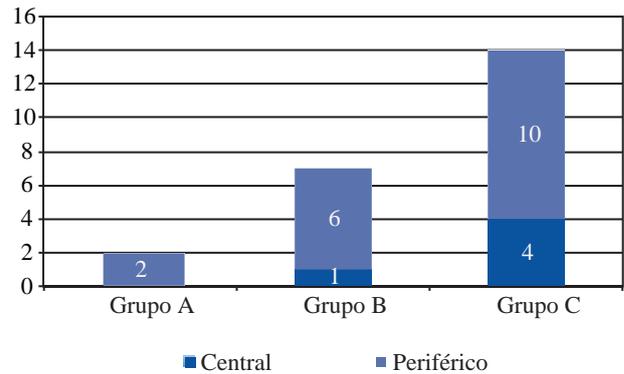


Figura 4. Distribución por origen de vértigo y por grupos de edad (grupo A: menor de seis años, grupo B: 7 a 10 años, y grupo C: 11 a 16 años).

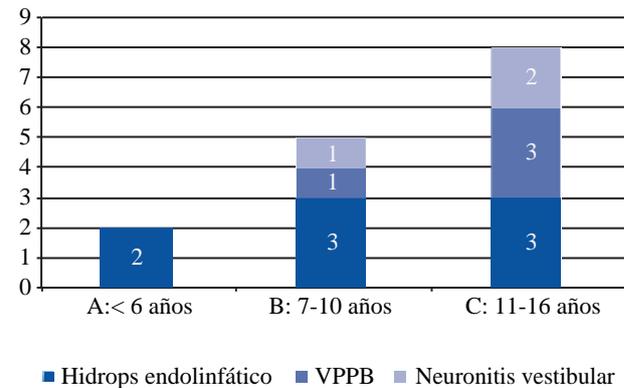


Figura 5. Distribución por grupos de edad de diagnósticos más frecuentemente asociados con vértigo periférico. VPPB: vértigo postural paroxístico benigno.

Discusión

Las alteraciones del equilibrio en la infancia tienen síntomas heterogéneos que dificultan su diagnóstico. La determinación de la prevalencia real de estas afecciones está sujeta a factores que no son fáciles de controlar. Por ejemplo, depende de la discapacidad que el síntoma cause, y ésta está condicionada en gran medida por la edad del niño; por ello, las alteraciones del equilibrio pueden pasar inadvertidas en muchas ocasiones.

En nuestra serie, la distribución por sexos fue similar (56.5% hombres y 43.3% mujeres).

Al considerar las causas de las alteraciones del equilibrio en la infancia, llama la atención la gran variabilidad de su incidencia reflejada en las series revisadas. Hay un predominio de afección periférica, que representa 78.2% (18 pacientes).

La incidencia de la enfermedad de Ménière (hidrops endolinfático) en la infancia es mucho menor que en los adultos, tal vez porque la mayoría de los casos no llegan a ser diagnosticados como tales sino hasta varios años después del inicio de los síntomas. Sin embargo, en nuestra serie, gracias al seguimiento de los pacientes, fue el diagnóstico más común, con 44.4% (dos del grupo A, tres del grupo B y tres del grupo C); la menor edad del inicio de los síntomas fue en un paciente de tres años.

En las pocas series encontradas el vértigo postural paroxístico benigno es el diagnóstico más frecuente; sin embargo, en nuestra serie ocupa el segundo lugar, con 22.2% (un paciente del grupo B y tres del grupo C).

La incidencia de neuronitis vestibular en la edad pediátrica varía, según las series, entre 4 y 7%. Nosotros encontramos una incidencia de 16.6% (un paciente del grupo B y dos del grupo C).

Para 12 (52.1%) pacientes se solicitó resonancia magnética cerebral; sólo en uno de ellos se estableció el diagnóstico de neurocisticercosis. En nuestra serie no encontramos asociación estadística entre los resultados de los estudios de imagen (TC y RME) y el diagnóstico ($p > 0.05$).

Por ello, en términos de rentabilidad diagnóstica, los estudios de imagen sólo deberían solicitarse para niños con alteración (en la exploración) neurológica, cefaleas o vértigos persistentes o con antecedente de traumatismo craneoencefálico importante. No obstante, hay otros factores más difíciles de cuantificar a la hora de decidir en qué casos es conveniente realizar una prueba por imagen, como las dudas sobre la precisión de la anamnesis (dada la escasa edad de estos pacientes y por ello la dificultad para expresarse) y la ansiedad que genera en la familia el temor a una causa grave de la alteración del equilibrio.

Es importante tener en cuenta que el vértigo infantil es un cuadro dinámico, y para su correcto diagnóstico no hay ninguna prueba patognomónica; el diagnóstico sólo se obtendrá cuando se considere todo el conjunto de exploraciones junto con una historia clínica detallada.

En cuanto a las pruebas vestibulares, por la dificultad que conlleva la realización de alguna de ellas (especialmente en niños pequeños), deberían reservarse para casos seleccionados en los que la anamnesis y la exploración clínica no orienten a causa periférica como origen del cuadro.

Conclusiones

La historia clínica y la exploración otoneurológica son las piezas clave en el diagnóstico de la afección vestibular

infantil; es importante protocolizarlas y sistematizarlas por grupos de edad.

Los diagnósticos de hidrops endolinfático, vértigo postural paroxístico benigno y neuronitis vestibular son los más frecuentes, especialmente en los niños de 11 a 15 años.

La exploración vestibular sistemática no es útil en todos los niños con vértigo por la dificultad de su realización, por lo que se recomienda que sólo se realice en casos seleccionados y durante el seguimiento de los mismos.

Desde el punto de vista de rentabilidad diagnóstica, sólo deberían solicitarse estudios de imagen para los niños con clínica neurológica, cefaleas o vértigo persistente o con antecedente de traumatismo craneoencefálico.

El vértigo en niños es una afección que se estudia poco; sin embargo, con esta serie se demuestra que no es una afección infrecuente; en la clínica de Otorrinolaringología, y no necesariamente de un hospital infantil, puede llegar a ser frecuente.

Bibliografía

1. Manrique LR, Soto VA, Santos PS. Alteraciones del equilibrio en pacientes menores de 16 años distribuidos por grupos de edad. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2008;59:455-462.
2. Fried MP. The evaluation of dizziness in children. *Laryngoscope* 1980;90:1548-1560.
3. Eviatar L. Dizziness in children. *Otolaryngol Clin North Am* 1994;27(3):557-571.
4. Bower CM, Cotton RT. The spectrum of vertigo in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;121:911-915.
5. Tusa RJ, Saada AA Jr, Niparko JK. Dizziness in childhood. *J Child Neurol* 1994;9:261-274.
6. Martín Sanz E, Barona de Guzmán R. Vértigo paroxístico benigno infantil: categorización y comparación con el vértigo posicional paroxístico benigno del adulto. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2007;58:296-301.
7. Phillips JO, Backous DD. Evaluation of vestibular function in young children. *Otolaryngol Clin North Am* 2002;35:765-790.
8. Basser LS. Benign paroxysmal vertigo of childhood (a variety of vestibular neuronitis). *Brain* 1964;87:141-152.
9. Lewis DW. Pediatric migraine. *Pediatrics in Review* 2007;28:44-46.
10. Russell G, Abu-Arafeh J. Paroxysmal vertigo in children-an epidemiological study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1999;49(Suppl 1):S105-107.