

## INESTABILIDAD EN URGENCIAS

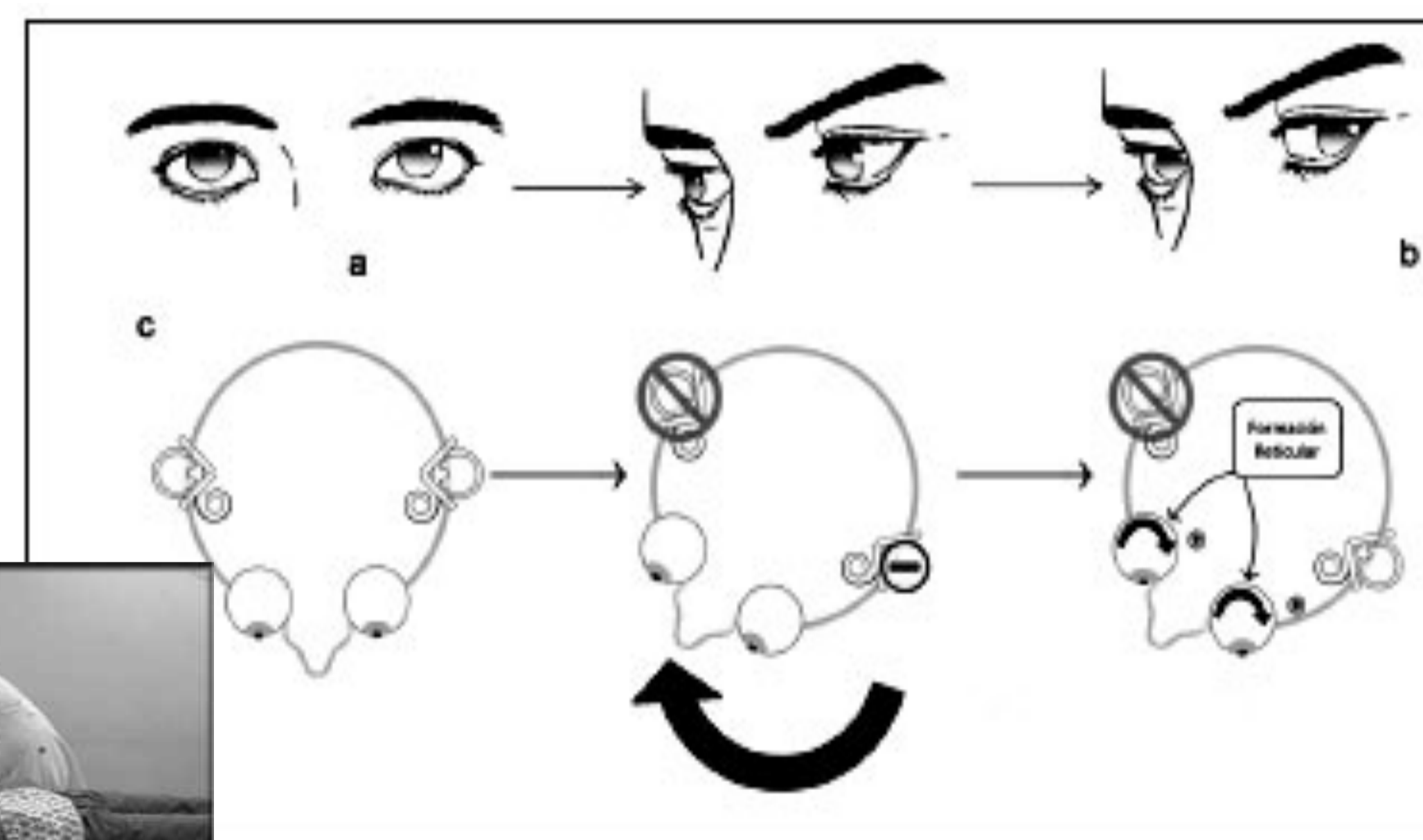
Laura Belenguer Pola, Rebeca Lanuza Arcos, Martha Patricia Moreno Santos, Ana Revuelta Cabello Laura González Gayan, María Artigas Clemente .  
Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

La **INESTABILIDAD** es un síntoma frecuente en pediatría. Su diagnóstico diferencial incluye enfermedades médicas generales (hipoglucemia, problemas cardíacos,..), trastornos neurológicos, problemas del SNC o enfermedades del aparato vestibular. El vértigo es una sensación subjetiva que se refiere a la ilusión de movimiento de uno mismo o del ambiente. El vértigo periférico se debe a un problema en la parte vestibular del oído interno que controla el equilibrio.

### CASO CLÍNICO

Escolar de 9 años que consulta por **sensación de mareo, pérdida de fuerza, acúfenos y náuseas** de 2 días de evolución. Refiere mal estado general, negando visión borrosa ni fotofobia. Episodio similar 6 meses antes. Como antecedentes destacan abuela materna y madre migrañas.

Exploración física, incluida neurológica, sin hallazgos salvo en **maniobras vestibulares**. Constantes dentro de la normalidad.



An Pediatr (Barc) 2008;69:167-70

### CONCLUSIONES

Aunque la mayoría de inestabilidades de la infancia son leves y autolimitadas, es importante descartar causas graves mediante una **anamnesis y exploración** sistemática, incluidas las **maniobras vestibulares**, lo que nos permitirá descartar origen central del mismo, en la mayoría de los casos, **sin precisar de prueba de imagen**.

Hasta el 25% de las causas de vértigo en la infancia con presentación aguda y recurrente y con antecedentes familiares es una **MIGRAÑA VESTIBULAR**.

El **VPPB** es menos frecuente (5%) y también tiene una presentación aguda y recurrente, pero presentan menor duración.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ECG: normal
- La **maniobra de Dix- Hallpike desencadena nistagmus en lado izquierdo**.

Ante estos hallazgos se realiza interconsulta al servicio de **ORL** que encuentra los siguientes hallazgos:

- Nistagmus espontáneo y posicional: negativo
- Maniobra de Halmagyi: recolocación sacádica de la mirada
- Test de oclusión: no desalineación de la mirada
- Dix-Hallpike: no se objetiva nistagmus a ningún lado, aunque sí mareo

### EVOLUCIÓN

Inicia cefalea tras maniobras, se administra ibuprofeno cediendo el dolor y la sensación de mareo. Tras la exploración y pruebas complementarias se descarta vértigo de origen central sin necesidad de prueba de imagen. Se diagnostica de **vértigo posicional paroxístico benigno vs migraña vestibular** dependiendo de la evolución. Se pauta tratamiento analgésico con control en consultas de vértigo para observar evolución.