



Vertigen paroxístic benigne de la infància

S. Prado, X. Bringué, M. Mallafré, E. Solé, A. López, G. Hervera, AR. Gomà

Servei de Pediatria. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

Resum

Introducció. El vertigen als nens és relativament poc freqüent, i de difícil diagnòstic donada la subjectivitat de la simptomatologia. El vertigen paroxístic benigne (VPE) és el quadre més freqüent.

Material i mètodes. Revisió retrospectiva dels casos clínics hospitalitzats per crisis de vertigen al Servei de Pediatria del nostre hospital durant el període 1981-1995. Es descriuen les característiques clíniques i diagnòstiques.

Resultats. Van ingressar 16 pacients per crisis de vertigen: 3 nens van ser diagnosticats de laberintitis, 1 de vertigen post-traumàtic, 3 de síndrome periòdica, 1 cas de neuronitis i 8 de VPB. Les exploracions complementàries realitzades no van ser d'utilitat essent el diagnòstic clínic. L'evolució va ser favorable en tots els casos amb desaparició de les crisis entre els 2 i 4 anys d'edat.

Conclusió. Es ressalta la importància de conèixer la benignitat d'aquesta malaltia, sobretot quan hi ha orientacions diagnòstiques inicials d'altres processos de pitjor significació pronòstica.

Paraules clau: Vertigen. Paroxístic. Infància.

Resumen

VÉRTIGO PAROXÍSTICO BENIGNO DE LA INFANCIA

Introducción. El vértigo en los niños es relativamente poco frecuente, y de difícil diagnóstico dada la subjetividad de la sintomatología. El vértigo paroxístico benigno (VPB) es el cuadro más frecuente.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de los casos clínicos hospitalizados por crisis de vértigo en el Servicio de Pediatría de nuestro hospital durante el período 1981-1995. Se describen las características clínicas y diagnósticas.

Resultados. Ingresaron 16 pacientes por crisis de vértigo: 3 niños fueron diagnosticados de laberintitis, 1 de vértigo post-traumático, 3 de síndrome periódico, 1 caso de neuronitis y 8 niños diagnosticados de VPB. Las exploraciones complementarias realizadas no fueron de utilidad, siendo el diagnóstico clínico. La evolución fue favorable en todos los casos con desaparición de la crisis entre los 2 y 4 años de edad.

Correspondència:

Sílvia Prado i Muñoz

Servei de Pediatria. Hospital Universitari Arnau de Vilanova
Alcalde Rovira Roure, 80. 25198 Lleida

Treball rebut: 03-09-1996. Treball acceptat: 02-10-1996.

Prado S, Bringué X, Mallafré M, Solé E, López A, Hervera G, Gomà AR.

Vertigen paroxístic benigne de la infància.

Pediatr Catalana 1997; 57: 15-18

Conclusión. Se remarca la importancia de conocer el carácter benigno de esta enfermedad, sobre todo cuando hay orientaciones diagnósticas iniciales de peor significación pronóstica.

Palabras clave: Vértigo. Paroxístico. Infancia.

Summary

BENIGN PAROXYSMAL VERTIGO IN CHILDHOOD

Introduction: Vertigo in childhood is a rare syndrome with subjective clinical manifestations that make diagnosis difficult. Benign paroxysmal vertigo (BPV) is the most frequent condition in this group.

Materials and methods. We report a review of the cases of vertigo in children admitted to our Hospital from 1981 to 1995. The clinical features of all cases are described.

Results. The diagnosis were BPV in 3 children, periodic syndrome in 3, labyrinthitis in 3, neuronitis in 1 and post-traumatic vertigo in 1. The diagnosis was obtained from clinical data, with less value of additional explorations (CT, EEG). The outcome was good in all cases, with complete recovery between 2 and 4 years of age.

Conclusion. The knowledge of the clinical features of BPV is important in order to establish a correct diagnosis and to differentiate BPV from other conditions of worse prognosis.

Key words: Vertigo. Paroxysmal. Childhood.

Introducció

El mareig és una queixa freqüent en la infància com a manifestació inespecífica del que poden ser diferents trastorns mèdics. El vertigen és un tipus específic de mareig que es descriu com una sensació subjectiva de moviment d'un mateix o del seu entorn.

Reconèixer una crisi vertiginosa en el nen petit no és fàcil i a la vegada constitueix un motiu de consulta que no és gens infreqüent. Els nens que es queixen són hospitalitzats per diferents motius, entre els quals, el diagnòstic de crisis d'absència o altres tipus de crisis generalitzades d'origen epilèptic i processos expansius intracranials són els més freqüents. A tot això, s'afegeix l'existència d'una bibliografia escassa sobre el vertigen en la infància i el seu quadre més freqüent, el vertigen paroxístic benigne de la infància (VBP), tant en publicacions pediàtriques com otorinolaringològiques.

Es presenta una revisió retrospectiva dels casos clínics hospitalitzats per crisis vertiginoses en el Servei

de Pediatria del nostre Hospital, per tal de recollir les orientacions diagnòstiques inicials que més freqüentment s'acostumen a fer i els criteris a seguir per a un diagnòstic final.

Material i mètodes

Revisió retrospectiva de tots els casos hospitalitzats per crisis vertiginoses en el Servei de Pediatria de l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, durant el període 1981-1995.

De les històries clíniques recopilades s'extreuen les dades referents a: anamnesi (edat, sexe, antecedents familiars i personals, motiu d'ingrés i característiques de les crisis); exploració física general i examen neurològic; examen otorinolaringològic (ORL); dades complementàries (estudi bioquímic, electroencefalogràfic, EEG i tècniques d'imatge); criteris evolutius (freqüència de les crisis, edat de la seva desaparició, aparició d'altres manifestacions clíniques) i de tractament.

S'estableix una classificació dels casos segons l'algoritme per al diagnòstic del mareig de L. Eviatar (Taula I) i es descriuen els 8 casos diagnosticats de VPB.

TAULA I
Diagnòstic diferencial del vertigen

Tipus de presentació	Diagnòstic probable
Inici sobtat	Laberintitis
Hipoacúsia	S. Menière Fístula perilimfàtica Oclusió vascular
Paroxíctic recurrent	VPB
No hipoacúsia	Torticoli paroxística Neuronitis vestibular VPP Migranya
Paroxíctic recurrent	Convulsions
No hipoacúsia	Hiperventilació
Alt. consciència	Tumors Alt. metabòliques Atacs de pànic

Modificat de l'algoritme diagnòstic de L. Eviatar

VPB: vertigen paroxíctic benigne. VPP: vertigen postural paroxíctic

Resultats

Durant el període revisat (1981-1995) es van recollir un total de 16 nens que ingressaren per crisis vertiginoses. D'aquests 16 casos de vertigen hospitalitzats, els diagnòstics van ser: 8 casos de VPB, 3 laberintitis, 1 vertigen post-traumàtic, 3 síndromes periòdiques i 1 cas de neuronitis.

A la Taula II s'esquematitzen les característiques clíniques dels 8 casos de VPB.

TAULA II
Descripció dels 8 casos de VPB

Edat inici	Durada de la crisi	Nombre crisis/any	Edat de desaparició	Temps de seguiment
19 m	20 min.	7 (bimensual)	2 a i 2 m	2 a i 6 m
3 a	5 min.	15 (bisetmanal)	3 a i 9 m	11 a
2 a	24 h.	1	2 a	10 a
4 a	10 seg.	7 (mensual)	4 a i 7 m	10 a
3 a	5 seg.	12 (mensual)	n.c.	n.c.
2 a	5 seg.	6 (bimensual)	n.c.	n.c.
2 a	30 min.	5 (en 4 dies)	actual	4 m
3 a	24 h.	1	actual	4 m

a: anys m: mesos

n.c.: no es va aconseguir contactar amb la família

L'edat d'aquests 8 nens diagnosticats de VPB oscil·lava entre els 19 i 48 mesos, i foren 4 nens i 4 nenes.

Els possibles antecedents familiars de vertigen, hipoacúsia, migranya, convulsions, van resultar negatius per al 100% dels casos. Quant als antecedents personal d'infeccions perinatals, infeccions recurrents d'oïda, traumatismes, tampoc no en va resultar cap dada d'interès i estaven tots ells prèviament sans en el moment de les crisis.

El motiu d'ingrés, en 5 casos va ser la inestabilitat i 3 casos es van orientar com a crisis cerebrals epilèptiques/absències.

L'inici de les crisis va ser sobtat en tots ells i ho descriuen com a pèrdues de l'equilibri, sensació de moviment dels objectes, necessitat d'agafar-se als pares o subjectar-se a les parets o altres objectes, llençar-se a terra, quedar-se quiets. Com a simptomatologia acompanyant existia plor, irritabilitat, por i també alguns casos presentaven simptomatologia vegetativa com pal·lidesa, nàusees i vòmits, hipotonia o d'altres.

La durada de les crisis oscil·lava entre alguns segons en 2 casos, entre 5 i 30 minuts en 4 casos i hores en 2 casos.

L'exploració física general, examen neurològic i ORL van resultar negatius en tots els casos. Les exploracions complementàries sol·licitades: bioquímica sanguínia (realitzada en els 8 casos), EEG (en els 8 casos), estudi oftalmològic (en 6 dels 8 casos), EEG (en els 8 casos), TAC/RMN (en 4 casos); únicament van donar informació de normalitat o inespecificitat.

L'evolució dels 8 casos de VPB ha estat seguida fins a la data d'aquesta revisió mitjançant informes clínics posteriors al de l'ingrés i per contacte telefònic que es va aconseguir en 6 dels 8 casos. D'aquest seguiment evolutiu ha resultat una freqüència de les crisis des de 15 episodis/any fins a una crisi única en un cas. En la majoria dels casos la intensitat va ser més lleu i les crisis van anar espaïant-se progressivament. L'edat de desaparició de les crisis va ser entre els 2 anys i els 3 anys i 9 mesos.

Discussió

Per tots és conegut l'extens diagnòstic diferencial del mareig en els nens; és per això que la utilització de l'algoritme de L. Eviatar¹, que inclou criteris clínics, d'edat i resultats de proves complementàries d'una forma bastant simplificada, va ser gran ajuda a l'hora de realitzar un diagnòstic precís.

El vertigen denota un problema d'equilibri en el qual intervenen el sistema vestibular, visual, propioceptiu i la capacitat per a la correcció postural pel sistema piramidal i extrapiramidal². Ja el 1987, Toupet va presentar 267 casos de vertigen en nens, dels quals, una tercera part va correspondre a patologia perifèrica, una altra tercera part a patologia central i la resta a problemes psicògens³.

Si determinar l'etiologia d'un mareig en l'adult és difícil, encara ho és més en el nen, car s'hi afegeix l'escassa col·laboració del pacient i la descripció subjectiva dels símptomes per part dels pares, com passa en moltes d'altres patologies. Els nens més grans poden descriure sensació com de donar voltes; en nens més petits s'observen signes objectius d'instabilitat a la marxa, caigudes, pal·lidesa, vòmits...

L'orientació diagnòstica general d'un nen amb mareig inclou els següents apartats:

1. *Vertigen paroxístic amb hipoacúsia*, que engloba els diagnòstics de laberintitis, en els casos d'existir l'antecedent d'infecció otorinolaringològica prèvia; la síndrome de Mènière, amb la tètade típica de vertigen, hipoacúsia, pressió a les oïdes i tinnitus, que és molt rara en nens; l'existència d'una fistula perilimfàtica post-traumàtica o canvis bruscs de pressió baromètrica.
2. *Vertigen paroxístic recurrent sense hipoacúsia*: dins d'aquesta categoria apareix el VPB. Altres diagnòstics són la torticollis paroxística benigna, que vindria a ser el seu equivalent en lactants petits⁴; el vertigen postural paroxístic; i la neuritis vestibular, més freqüent en adolescents amb l'antecedent d'alguna infecció de vies respiratòries altes unes setmanes abans de l'episodi.
3. *Vertigen paroxístic recurrent amb pèrdua de consciència, sense hipoacúsia*: inclou la migranya de l'artèria basilar, en nens més grans que poden tenir l'antecedent de VPB i que presenten altres símptomes neurològics associats. Es pot donar el vertigen com a aura d'una crisi convulsiva generalitzada d'origen temporal, o interpretar-se com a crisi mioclònica-atònica per la pèrdua del to muscular i caiguda a terra. En casos de vertigen incoercible amb signes neurològics, s'ha d'investigar la possibilitat de tumors de fossa posterior, neurinomes de l'acústic de la neurofibromatosis, o malalties desmielinitzants. En el cas d'absència de signes neurològics, cal pensar en probables trastorns metabòlics o, en el darrer lloc, psiquiàtrics.

És doncs, un ampli diagnòstic diferencial i que requereix un estudi detallat i constitueix el VPB la forma més comuna de vertigen paroxístic en els nens després de descartar otitis i laberintitis.

El VPB es va descriure per primera vegada el 1964 per l'australià L.S. Basser⁵. Va revisar 16 casos de vertigens d'entre 3 i 4 anys d'edat, sota la descripció de «VPB, una varietat de neuritis vestibular». Les crisis tenien unes característiques definides: crisis de vertigen breus i d'inici paroxístic amb una evolució espontània cap a la curació clínica en 3-4 anys. Snyder el 1969 i Koenigsberger el 1970, van revisar 12 i 17 casos respectivament, fent més èmfasi en les proves de funció vestibular^{6,7}.

Aquesta forma de vertigen benigne s'ha descrit d'inici a la infantesa, entre els 16 mesos i 2 anys, que es presenta a intervals de setmanes o mesos. La durada dels atacs és de minuts o hores i cedeix espontàniament cap als 5 anys. No hi ha afecció auditiva i l'examen neurològic intercrític és normal. Els atacs es descriuen com d'inici brusc i sense pròdroms, amb una detenció de l'activitat motora, recerca de recolzament immediat, a vegades l'existència de nistagme horitzontal, rarament vòmits i diaforesi, temor i ansietat. És un nen que està alerta i reactiu, sense obnubilació ni somnolència, la qual cosa el diferencia de crisis convulsives complexes parcials de la infància, bo i ajudant-se de dades complementàries com l'EEG i l'electronistagmografia. En finalitzar la crisi el nen presenta una activitat normal.

Es desconeix la patogènia, així com els factors desencadenants de les crisis. Habitualment es descriu com a complicació d'otitis mitjanes agudes purulentes o formant part de quadres neurològics més complexes. Alguns autors han considerat el VPB com una variant de migranya en el nen petit, sobretot si existien antecedents familiars d'aquest trastorn, i s'ha calculat una incidència de migranya en la població infantil d'aproximadament un 5%⁴. Altres, també consideren com a migranya-equivalents o migranyaprecursors², els casos de síndrome periòdica, (cinetosi, vòmits cíclics i abdominòalgies) i la torticollis paroxística benigna. També és un símptoma parcialment comprès dins de l'epilèpsia, però la diferenciació és relativament senzilla, cosa que es complica quan es tracta de migranya o quan s'associen factors psicològics.

El quadre no necessita tractament, encara que quan les crisis són intenses, poden beneficiar-se de l'administració de dimenhidrat⁷ o diazepam.

El principal objectiu del pediatre en examinar un nen vertiginós és eliminar la possibilitat d'algun quadre subjacent més important.

Com a comentaris finals des del punt de vista pediàtric i d'un hospital general com el nostre, concloem que el vertigen no és una causa freqüent d'hospitalització pediàtrica en el nostre medi i que el VPB és



la causa de vertígen paroxístic més freqüent en el nen. Cal tenir present la clínica de presentació, molt típica i que ens donarà el diagnòstic, amb negativitat de les investigacions complementàries. El quadre no necessita tractament i és important assegurar als pares el caràcter benigne d'aquesta afecció, sobretot quan existien diagnòstics previs d'epilèpsia o d'altres quadres de pitjor significació pronòstica.

Bibliografia

- 1 Eviatar L. Dizziness in children. *Otolaryngol Clin North Am* 1994; 27: 557-571.
- 2 Lassaletta L, Marín G, Gavilanes J, Villafuella MA. Vértigo en la infancia. *Pediatrka* 1996; 16: 7-18.
- 3 Toupet M. Le vertige de l'enfant. *Encycl Med Chir Otorrhinolaryngologie*, 1987.
- 4 Guerrero J, De Paz P, Luengo JL, Cazenave A. Torticollis paroxístico benigno infantil. *An Esp Pediatr* 1988; 29: 149-152.
- 5 Basser LS. Benign paroxysmal vertigo in childhood (a variety of vestibular neuronitis). *Brain* 1964; 87: 141.
- 6 Snyder CH. Paroxysmal torticollis in infancy. A possible form of labyrinthitis. *Am J Dis Child* 1969; 117: 458-460.
- 7 Koenigsberger MR, Chutorian AM, Gold AP, Schevy MS. Benign paroxysmal vertigo in children. *Neurology* 1970; 20: 1108.