

Trastornos Vestibulares en la Infancia

Raquel Mezzalira

Introducción

Las laberintopatías se consideraban hasta tiempo reciente como enfermedades de adultos o de ancianos. Sin embargo, los niños también pueden sufrir enfermedades vestibulares (vestibulopatías), cuyo diagnóstico en la etapa de la infancia no es fácil debido a la subjetividad de los síntomas y signos que se presentan, así como, también, a la incapacidad de los niños en caracterizarlos.

Las manifestaciones de estas enfermedades en los niños presentan algunas peculiaridades y la manera de examinarlos difiere a la del adulto.

En la práctica se dificulta obtener del niño o de los padres una descripción precisa de los síntomas que comprometen el equilibrio corporal lo que resulta en el hecho de que muchos casos de síndromes vestibulares sean erróneamente diagnosticados como “malestares”, epilepsias o indisposiciones gastrointestinales. Entonces, frente a un niño con disturbio del equilibrio, se buscan los denominados factores de sospecha o indicios de que éste pueda estar padeciendo algún acometimiento de orden vestibular.

Los niños menores de 1 año mejoran en la cuna porque al estar acostados tienen una mayor área de contacto proporcionando una mayor información propioceptiva. En el intento de encontrar una postura que mejore el mareo pierden la posición fija de la cabeza moviéndola continuamente. A su vez, presentan náuseas y vómitos constantes sin explicación y pueden tener nistagmo durante el llanto.

Entre 1 y 7 años, el niño presenta palidez repentina con caída, sin pérdida de la conciencia, y una rápida recuperación, náusea, sudor, llanto, cefalea, cinetosis, dolores abdominales y tropiezos (“niño considerado atolondrado”). Las caídas representan un síntoma de gran importancia, siendo el principal motivo que hace con que las madres recurran a un servicio médico. El terror nocturno y la enuresis nocturna aparecen como consecuencia de la privación de información visual que conlleva al surgimiento de mareos. También se manifiestan dificultades en el juego lo que puede producir el aislamiento social.

El menor en edad escolar (7-11 años) ya sabe relatar las características de los mareos, la cefalea y los síntomas auditivos asociados. Generalmente son niños inquietos pues intentan encontrar una postura confortable y segura. Esto les crea dificultad para concentrarse, dispersión y alteraciones de postura y, consecuentemente, atraso escolar.

Existen algunos antecedentes que pueden predisponer al comprometimiento de la función vestibular como son las enfermedades infecciosas en la gestación, el

uso de drogas ototóxicas, jaqueca materna, anoxia en el momento del nacimiento, infecciones del oído medio y traumatismos craneanos.

Evaluación vestibular en la infancia: todo niño que presente indicios de disfunción vestibular debe ser monitoreado atentamente. La evaluación otoneurológica del niño con vértigo es muy importante porque puede revelar un tumor cerebral en el 3% de los casos. La evaluación es posible en cualquier niño, siempre que esta sea adecuada para la edad.

El estudio empieza por la anamnesis en la que, apesar de las dificultades encontradas, se debe buscar la mayor cantidad posible de informaciones sobre el niño, los padres y otros acompañantes, en la tentativa de caracterizar los mareos y los síntomas asociados. La preservación de la conciencia constituye un dato muy importante que auxilia para poder diferenciar entre enfermedades centrales y periféricas. Los antecedentes de la gestación, natales y postnatales, así como los antecedentes familiares deben ser estudiados.

El examen físico del niño debe comenzar por una otoscopia para descartar las infecciones del oído medio. En niños mayores, el examen neurológico puede ser realizado como en los adultos investigando los pares craneanos, pruebas cerebelares, evaluación del equilibrio estático y dinámico y estudiando el nistagmo espontáneo.

En recién nacidos y en niños muy pequeños sólo es posible estudiar los reflejos primitivos que son útiles para el acompañamiento y el desarrollo neurológico pero pueden estar alterados en el caso que se presente acometimiento de la función laberíntica o de otras estructuras relacionadas al equilibrio.

La electronistagmografía posee bastante importancia para la evaluación clínica del vértigo en la infancia. En los niños mayores, con alrededor de cinco años ya puede efectuarse la prueba calórica, además de la prueba rotatoria pendular decreciente la que puede ser realizada en cualquier edad. La prueba calórica evalúa la función del órgano periférico y la prueba rotatoria evalúa el estado de compensación vestibular. Exámenes de oculomotricidad también pueden efectuarse en niños, generalmente a partir de los cinco años, siendo que proveen informaciones sobre las vías vestibulares centrales de tronco y córtex cerebral. No obstante, los valores de normalidad en el niño son diferentes a los del adulto probablemente como consecuencia del grado de madurez del sistema nervioso central, debiéndose proceder con cautela para el análisis de los datos.

La posturografía dinámica computarizada es un examen que estudia el equilibrio a través de la integración laberíntica, visual y somatosensorial. Ésta puede ser empleada para el diagnóstico de trastornos vestibulares, así como para la evaluación del tratamiento.

En la práctica clínica, asociándose los datos de una anamnesis bien direccionada hacia la evaluación otoneurológica (que incluye siempre evaluación auditiva) se logra diagnosticar la presencia de la vestibulopatía infantil en casi todos los casos.

La evaluación neurológica con la realización de electroencefalograma, punción para la recolección de líquido cefalorraquídeo y examen de imagen deben realizarse cuando existe la sospecha de acometimiento del sistema vestibular

central. La tomografía computarizada y la resonancia nuclear magnética pueden realizarse también en el estudio de malformaciones del oído interno. Pueden llevarse a cabo exámenes serológicos en el caso de que haya posibilidades de enfermedades infecciosas que afecten las vías vestibulares (lúes, toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus, herpes y HIV). También puede realizarse la recolección de exámenes metabólicos, especialmente para estudiar la función tiroidea y alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, así como, también, puede ser solicitado un estudio autoinmune.

Enfermedades vestibulares en la infancia: todas las enfermedades que afectan el sistema vestibular del adulto pueden presentarse también en un niño. Vamos a comentar aquí aquéllas que son más frecuentes o exclusivas de la infancia.

Las vestibulopatías periféricas son las más frecuentes y se caracterizan por fenómenos episódicos y paroxísticos de migrañas con síntomas auditivos y neurovegetativos asociados con preservación de la conciencia. La causa principal está constituida por las afecciones del oído medio ya sea por alteraciones de la presión intratimpánica o por las otitis conllevando a las laberintitis. Por ello, es fundamental una otoscopia bien realizada.

La tortícolis paroxística afecta a los menores de 1 año que tienen una posición característica con la cabeza inclinada hacia un lado y una leve rotación del cuerpo hacia el lado contralateral, con síntomas neurovegetativos, sin presentar señales de dolor. La crisis puede durar desde minutos hasta inclusive días y el nistagmo puede o no presentarse durante la crisis. La causa más probable es de orden vascular, ya que se considera que la tortícolis sea la precursora del vértigo paroxístico benigno de la infancia. Los exámenes vestibular, neurológico y ortopédico son normales y la resolución tiende a ser espontánea con la edad.

El vértigo paroxístico benigno de la infancia es la segunda causa más frecuente de vestibulopatía infantil. Junto con las afecciones del oído medio constituyen más del 50% de los diagnósticos de migraña infantil. Afecta a niños con edad entre 4 y 6 años y tiene como característica crisis vertiginosas súbitas y fugaces, asociadas con síntomas neurovegetativos, sin síntomas auditivos y sin pérdida de la conciencia. La cefalea puede o no estar presente. La causa más probable es una vasoconstricción transitoria en el territorio vertebrobasilar con isquemia de los núcleos vestibulares por lo que se la considera una precursora de la jaqueca. El examen neurológico es normal (hace un diagnóstico diferencial de epilepsia). La evaluación vestibular puede mostrar respuestas dentro de parámetros normales o hipoactividad laberíntica. Es una enfermedad autolimitada.

Se cree que la tortícolis paroxística, el vértigo paroxístico benigno de la infancia y la jaqueca son fases de una misma enfermedad, ya que son ocasionadas por un mecanismo de vasoconstricción y vasodilatación del sistema vertebrobasilar.

Otras causas de vestibulopatías infantiles son cinetosis, Menière, neuritis vestibular, vértigo postural paroxístico benigno, ototoxicidad, laberintopatías metabólicas, síndrome de Grisel, concusión laberíntica, fractura temporal, fistula perilinfática, malformaciones laberínticas (displasias), Síndromes de Alport, Waardenburg, Von Recklinghausen, Pendred, Refsum y Usher.

Las vestibulopatías centrales comprometen la vía vestibular a partir del tronco

cerebral y se caracterizan por el desequilibrio persistente. Se acompañan de disturbios en la marcha, diplopía, visión nublada, cefalea y pérdida de la conciencia. Se originan por el uso de drogas psicotrópicas, enfermedad de Addison, causas oftalmológicas, anemia, síncope, hipoglicemia, accidente vascular cerebral, alteraciones psíquicas, traumatismo craneoencefálico, epilepsia, neoplasia, Arnold Chiari, enfermedades degenerativas e infecciones, HIV y jaqueca. Cabe destacar el hecho de que la incidencia de los tumores de la fosa posterior es mayor en la infancia que en la edad adulta y los disturbios del equilibrio pueden ser una de las manifestaciones iniciales.

Tratamiento de las vestibulopatías en la infancia: el tratamiento de las vestibulopatías en la infancia debe ser lo más conservador posible. Se debe buscar la causa para que sea efectuado un tratamiento específico para cada enfermedad. Un punto relevante es la adecuación de la dieta con una baja ingesta de tiramina, azúcar, sal, cafeína, chocolate y xantinas. Se debe estimular la práctica de ejercicios físicos.

Si se necesita usar medicamentos deben ser seleccionados los que posean un menor índice de efectos colaterales, en el menor tiempo y la menor dosis posibles.

La crisis vertiginosa en el niño por lo general no es tan intensa como en el adulto.

Algunos medicamentos pueden ser útiles para el tratamiento de un cuadro agudo:

- Dimenhidrinato:
1-1,5 mg./kg./dosis 6/6 hs (máximo 75 mg/día hasta 6 años, máximo 150 mg/día de 6 hasta 12 años e máximo 300 mg/día si mayor de 12 años). VO.
- Metoclopramida:
0,5 -1 mg./kg./día 8/8 hs (máximo 15 mg./día). VO, IM.

Menores de 6 años: hasta 0,1 mg./kg./dosis

- Bromoprida:
0,5-1 mg./kg./día 8/8 hs. VO.
- Diazepan:
0,05-0,2 mg/kg/dosis. VO.
- Clonazepan:
0,01-0,03 mg./kg./día 8/8 hs (máximo 0,05 mg/kg/día)

Para el caso de tratamiento prolongado pueden utilizarse:

- Ginkgo biloba: 1ª opción
1-2 gotas/kg./dosis 2 veces/día
- Bloqueador canal calcio: 2ª opción

Cinarizina: 10-20 gotas/día 8/8 hs.

Flunarizina: 5 mg./día. Útil también para la profilaxia de la jaqueca.

Sin embargo, el tratamiento de escogencia para las vestibulopatías en la infancia es la rehabilitación vestibular que consiste en la realización de una serie de movimientos repetidos de la cabeza, del cuello y de los ojos con la finalidad de estimular la compensación laberíntica. Como la plasticidad cerebral se encuentra bastante activa en la etapa infantil, el niño responde muy bien a este tratamiento lográndose una mejoría no sólo en relación a la migraña, sino, también, en lo relativo a la cefalea y la cinetosis. Además, la rehabilitación puede reintegrar al niño de forma definitiva a su medio, pudiendo realizar todas las actividades propias de una infancia saludable.

Pese a ello, existen algunos casos en los que la rehabilitación no funciona y que pueden ser explicados por un incremento secundario de los mareos, factores metabólicos no compensados asociados y la presencia de un cuadro central.

Conclusión: el niño no dice que tiene mareos pero existen indicios a través de sus actitudes. De esta manera, independientemente de la historia o del examen físico, un cuadro de migraña debe ser adecuadamente estudiado porque se puede estar ante una enfermedad que podría comprometer la salud y el desarrollo del niño.

Referencias bibliográficas

1. Medeiros IRT, Bittar RSM, Pedalini MEB, Lorenzi MC, Kii MA, Formigoni LG. Evaluation of the treatment of vestibular disorders in children with computerized dynamic posturography: preliminary results. *J Pediatr (Rio J)*; 79(4):337-42, 2003.
2. Toupet M. Vertigine chez l'enfant. *Encycl Med Chir (Paris, France). Oto-rhino-laryngologie* 20-210-B-10, 1995, 12p.
3. Uneri A, Turkdogan D. *Arch Dis Child*; 88(6):510-1, 2003.