

Cefalea y sensación de giro de objetos: una combinación olvidada

D. Gómez-Andrés, M.D. MSc (*)(), I. Pulido-Valdeolivas, M.D.(**)**

(*) Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes (Madrid). (**) Trastornos del Desarrollo y Maduración Neurológica. Departamento de Anatomía, Histología y Neurociencia. Universidad Autónoma de Madrid. IdiPaz

Anamnesis

Varón sano de 13 años, sin otros antecedentes de interés, que acude al servicio de Urgencias porque desde las 2 horas previas a su llegada había comenzado con el décimo episodio de sensación de giro de objetos el cual que aumentaba al tumbarse, seguido en esta ocasión, como había ocurrido sólo en seis de los episodios previos, de cefalea bitemporal de características opresivas de modera intensidad, de instauración progresiva, que asociaba náuseas y que empeoraba con la actividad física mínima como subir escaleras. En otros episodios, la sensación de giro de objetos y la cefalea duraron unas 6 horas. Durante los episodios, no presentaba ni fotofobia, ni osmofobia, ni fonofobia, ni vómitos ni dolor abdominal aunque sus padres referían palidez facial y ojeras. El dolor no aumentaba con maniobras de Valsalva. El paciente negaba aumento de mucosidad, tos o problemas dentarios. Los episodios habían comenzado siempre en vigilia y no se relacionaban con ningún factor desencadenante. Estos, se habían iniciado hacía 12 meses y en el periodos intercrítico el paciente estaba asintomático hasta los últimos dos meses, cuando comenzó a notar una sensación de inestabilidad continua que le limitaba cada vez más en su actividad diaria evitando la práctica deportiva o incluso, la asistencia a clase. No padecía alteraciones relevantes del sueño. Respecto a los antecedentes familiares, la madre presentaba cefaleas muy ocasionales que ella atribuía a los cambios menstruales y que no habían sido nunca valorados médicamente porque “no les había dado ninguna importancia”.

Exploración

En la exploración general, no se aprecian alteraciones y el paciente presenta una tensión arterial en el rango adecuado para su edad sin cambios con el ortostatismo. En particular, la otoscopia bilateral es normal. En la exploración neurológica, el paciente está vital, reactivo, con buena interacción con el examinador, sin signos meníngeos e impresiona de una inteligencia normal con lenguaje y atención conservados. Motrizmente, presenta una fuerza y tono normales con reflejos osteotendinosos vivos sin aumento de área reflexógena y una respuesta cutáneo plantar flexora bilateral. La marcha es normal y la manipulación es adecuada para su edad. No presenta disimetría ni temblor y el test de Romberg es negativo. Los test de Bárány y Unterberger son negativos. Las sacadas y el seguimiento lento son normales. El test de Dix-Hallpike es negativo. En el impulso cefálico hacia la derecha,

destaca la presencia de un nistagmo que bate en horizontal hacia la derecha y que se agota en unos segundos. El impulso céfálico evoca la sensación de giro de objetos que mejora a los pocos minutos. No existen restricciones en la movilidad ocular extrínseca y la mirada en todo momento conjugada. La sensibilidad está conservada. La exploración del resto de los pares craneales es normal. En el fondo de ojo, la papila tiene bordes nítidos aunque el pulso venoso es negativo.

Preguntas tipo test

1. Señale la respuesta correcta

- a. Durante o tras un vértigo de origen periférico, es normal presentar cefalea de características tensionales y por ello, la presencia de cefalea no es un síntoma importante para el diagnóstico del paciente.
- b. La asociación de sensación vertiginosa con una cefalea de las características que presenta el paciente obliga a la realización de un estudio de imagen urgente porque no se puede descartar que el vértigo tenga un origen central.
- c. La sensación vertiginosa con el cambio de postura y el nistagmo evocado con el test de impulso céfálico orienta a un vértigo posicional paroxístico.
- d. El cuadro clínico que muestra este paciente es un equivalente migrañoso que precede al desarrollo posterior de migraña.
- e. Las características de la cefalea que presenta este paciente pueden ajustarse a los criterios internacionales que definen a una migraña.

2. ¿Cuál es el diagnóstico más probable en este paciente?

- a. Enfermedad de Ménière.
- b. Migraña vestibular.
- c. Migraña basilar.
- d. Vértigo posicional paroxístico.
- e. Vértigo paroxístico benigno.

3. ¿Cómo interpreta la sensación de mareo que el paciente nos cuenta como persistente y que interfiere en la actividad diaria?

- a. Es una ganancia secundaria a su enfermedad de base que el paciente utiliza para evitar actividades que le disgustan.
- b. Probablemente sea un vértigo somatomorfo que es una secuela habitual en los pacientes con el diagnóstico de nuestro caso.
- c. La enfermedad que padece nuestro paciente cursa con periodos de empeoramiento clínico pero los síntomas no desaparecen normalmente de forma completa durante el periodo intercrítico.
- d. El paciente mejorará también de este mareo al tratar efectivamente su enfermedad de base.
- e. La presencia de esta sensación de mareo hace recomendable iniciar tratamiento farmacológico.

Respuestas en la página 84

Diagnóstico, evolución clínica y tratamiento. Justificación de las respuestas correctas.

El paciente presentado se diagnosticó de migraña vestibular. La migraña vestibular es una forma relativamente frecuente de migraña que asocia síntomas vertiginosos y cefalea de características migrañosas. En la nueva clasificación internacional de cefalea (ICHD-3), se incluyen sus criterios diagnósticos, recogidos de su definición tradicional fuera de los criterios (V. tabla 1). Aunque estos criterios fueron desarrollados y validados en población adulta, se utilizan con frecuencia en niños y adolescentes (1). La cefalea se manejó con el tratamiento habitual de un ataque de migraña y cedió al igual que el vértigo que desapareció espontáneamente en menos de una hora. La exploración neurológica se normalizó y se decidió seguimiento en consulta.

La migraña vestibular (MV) es una entidad infradiagnosticada (2) que ocurre a lo largo de todo el ciclo vital aunque su presentación no es nada excepcional durante la adolescencia (1). En muchos pacientes, la clínica comienza siendo puramente migrañosa y desarrollan después migraña vestibular, aunque esto no es obligatorio (2). La asociación de cefalea con los episodios de vértigo no es obligatoria (un 25% no asocian cefalea aunque sí presentan fonofobia, fotofobia o síntomas de aura visual) (1). Como se expone en los criterios (V. tabla 1), los síntomas vertiginosos son muy variables. Existen pocos datos sobre la duración de los episodios en adolescentes, pero en pacientes adultos, un 30% de los pacientes tienen episodios de minutos; 30%, de horas y 10% de los pacientes tienen episodios de segundos de duración que se provocan por el movimiento de la cabeza, la estimulación visual o cambios de la posición cefálica. En raras ocasiones, se comportan como estatus migrañosos (duración de la clínica de más de 72 horas) (2).

Existen dos entidades que complican el diagnóstico diferencial con la migraña vestibular: el vértigo paroxístico benigno de la infancia y la migraña de tipo basilar(3). El cuadro cuyo diagnóstico diferencial es más complicado en la adolescencia es el vértigo paroxístico benigno de la infancia. Este tipo de migraña tiene dos picos de incidencia a lo largo de la edad pediátrica (de 2 a 4 y de 7 a 11 años) y se caracteriza por breves ataques de vértigo o desequilibrio que se resuelven generalmente en minutos con nistagmo, náuseas o vómitos. Durante los ataques pueden asociar cefalea y algunos casos pueden prolongarse en la adolescencia (3, 4). Las principales diferencias con la MV son la duración de los episodios (mayor en la MV) y en la edad de aparición (mayor en la MV) aunque no existe una frontera clara entre ambas entidades (4). En nuestro caso, tenemos un paciente relativamente mayor que presenta episodios duraderos de síntomas vestibulares asociados con mucha frecuencia a cefalea lo cual orienta hacia una MV. La segunda entidad que puede confundirnos con una MV es la migraña basilar. La migraña de tipo basilar puede presentarse como vértigo y cefalea, pero debe asociar al menos otro síntoma (disartria, tinnitus, hipoacusia, diplopía, síntomas visuales bilaterales, ataxia, disminución del nivel de conciencia o parestesias bilaterales simultáneas). La migraña de tipo basilar es rara en comparación con la frecuencia de MV.

Otras entidades que se deben incluir en el diagnóstico son: el vértigo paroxístico benigno (episodios cortos de vértigo con nistagmo en la maniobra de Dix-Hallpike y que pueden asociar cefalea habitualmente con características tensionales), ortostatismo (fácilmente diferenciable por la exploración física), la enfermedad de Ménière (poco habitual en adolescentes, cuyo diagnóstico diferencial con la MV puede ser muy complicado en adultos y que con frecuencia asocia pérdida auditiva), neuritis vestibular (rara vez asocia cefalea), laberintitis (asocia otitis) o causas centrales de vértigo (cerebelitis, infartos,...); en las que el diagnóstico diferencial se basa en la exploración física y en caso de duda, hay que considerar la realización de una prueba de imagen, preferiblemente una resonancia magnética) (3).

Los mecanismos neurales que producen la MV se desconocen. Se han sugerido varios y entre ellos, la relación entre los núcleos trigeminales encargados de la sensibilidad craneofacial y los núcleos vestibulares. Esta hipótesis se sustenta en datos anatómicos, en el aumento de incidencia de otras patologías vestibulares y cinetosis (mareo con los movimientos, por ejemplo: en coches) en pacientes con migraña y en el aumento de incidencia de migraña en patologías vestibulares(2).

Posteriormente al episodio descrito, se exploró al paciente fuera de la crisis, sin cefalea. La exploración neurológica fue normal. Sin embargo, persistía la sensación de inestabilidad sin sensación de giro de objetos que ya nos relataba en su visita a Urgencias. Es importante recordar que muchos pacientes con vértigo y en especial, los pacientes pediátricos MV y adolescentes, están en riesgo de desarrollar un fenómeno conocido como "vértigo somatomorfo"(5). Este concepto se desarrolló en el adulto y se refiere a la presencia de una sensación de inestabilidad postural en relación con retos posturales. Los mecanismos de establecimiento son poco conocidos en niños aunque en adultos, se cree que intervienen factores psicológicos relacionados con la ansiedad, pero también el tipo de estrategias motoras adoptadas para enfrentarse a la inestabilidad. En una serie amplia de pacientes entre 12 y 18 años en un centro terciario de vértigo, la combinación de MV con vértigo somatomorfo supone un 25% en mujeres y un 16% en varones de los casos totales evaluados por vértigo (5).

El manejo crónico de estos pacientes es complicado. Por un lado, existen pocas evidencias que sustenten el tratamiento farmacológico crónico de la MV en general y en particular en adolescentes(6). Como opciones farmacológicas se han descrito betabloqueantes, amitriptilina, flunarizina y acetazolamida(2). El tratamiento del vértigo somatomorfo también tiene un grado importante de incertidumbre y se basa en el reentrenamiento postural (exponerse a las situaciones que producen la sensación) y en algunos pacientes, la intervención psicoterapéutica. El vértigo somatomorfo se desarrolla a lo largo del tiempo y por ello, es importante considerar la MV como posibilidad diagnóstica precozmente, incluso antes de los 5 episodios y tranquilizar a las familias y a los pacientes sobre el significado de estos episodios. Esto último contribuye a disminuir la ansiedad y probablemente sea una medida altamente eficaz para prevenir el desarrollo de esta complicación.

Tablas y Figuras

Tabla 1. Criterios diagnósticos de migraña vestibular

*Se considera migraña vestibular si se cumplen A+B+C+D
o únicamente probable migraña vestibular si se cumplen A+B+D o A+C+D*

A.	≥ 5 episodios con síntomas vestibulares ¹ de intensidad moderada o grave (es decir, que interfieren con la vida diaria) y de duración entre 5 minutos y 72 horas
B.	Historia previa o concurrente de migraña según los criterios ICHD
C.	≥ 1 de estas características de migraña en ≥ 50% de los episodios: <ul style="list-style-type: none">— Cefalea con ≥ 2 de los siguientes: unilateral, pulsátil, moderada o gran intensidad y aumento con actividad física rutinaria— Fotofobia o fonofobia— Aura visual
D.	Inexistencia de una explicación alternativa

1. Se consideran síntomas vestibulares a cualquiera de los siguientes: sensación vertiginosa espontánea (sensación de giro de objetos o de giro de uno mismo), vértigo posicional (aquel que ocurre con cambios de la posición de la cabeza), vértigo inducido visualmente por estímulos visuales complejos o abundantes que se mueven y vértigo o mareo con náuseas asociados a movimientos cefálicos.
2. Basta una característica en cada episodio y pueden ocurrir antes, durante o después de los síntomas vestibulares

Bibliografía

1. Langhagen T, Lehrer N, Borggraefe I, Heinen F, Jahn K. Vestibular migraine in children and adolescents: clinical findings and laboratory tests. *Frontiers in neurology*. 2014;5:292.
2. Lempert T. Vestibular migraine. *Seminars in neurology*. 2013;33(3):212-8.
3. Cohen JM, Escasena CA. Headache and Dizziness: How to Differentiate Vestibular Migraine from Other Conditions. *Current pain and headache reports*. 2015;19(7):31.
4. Lagman-Bartolome AM, Lay C. Pediatric migraine variants: a review of epidemiology, diagnosis, treatment, and outcome. *Current neurology and neuroscience reports*. 2015;15(6):34.
5. Langhagen T, Schroeder AS, Rettinger N, Borggraefe I, Jahn K. Migraine-related vertigo and somatoform vertigo frequently occur in children and are often associated. *Neuropediatrics*. 2013;44(1):55-8.
6. Maldonado Fernandez M, Birdi JS, Irving GJ, Murdin L, Kivekas I, Strupp M. Pharmacological agents for the prevention of vestibular migraine. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2015;6:CD010600.