

Tortícolis y vértigo paroxístico

Sr. Editor:

El vértigo paroxístico benigno de la infancia (VPBI) es una patología que aparece en la edad preescolar, generalmente entre los 2 y 3 años. Sólo de forma excepcional aparece en la adolescencia¹. Aunque las manifestaciones clínicas propias de un proceso vertiginoso se solucionan entre los 5 y los 7 años de edad, el VPBI suele transformarse en migraña en aproximadamente el 50% de los casos², por lo que se considera un equivalente migrañoso de la infancia (supone un 38% de los equivalentes migrañosos).

El tortícolis paroxístico infantil asocia un cuadro de vértigo paroxístico de mayor duración que el VPBI, con la presencia de tortícolis y se considera otro equivalente migrañoso aunque de menor incidencia que el VPBI (un 10%)³.

En muchos casos estos pacientes acaban desarrollando un VPBI y posteriormente una migraña.

Esta entidad raramente se presenta, no ya en la consulta de Otorrinaringología y de Vestibulometría, sino en la propia consulta de Pediatría, pero es necesario conocerla y tenerla presente como diagnóstico diferencial de otros tipos de mareos o de epilepsia.

En los antecedentes personales de la paciente destacan una hipertensión pulmonar en tetralogía de Fallot, intervenida quirúrgicamente y un parto por cesárea a término con peso al nacer de 1.500 g.

En los antecedentes familiares encontramos una abuela materna, tío materno y madre con episodios de migrañas, una tía materna con epilepsia y la abuela y tía materna con síndrome de Ménière probable.

La paciente, de 2 años y un mes de edad, es llevada a consulta por haber presentado, 2 meses antes, un cuadro calificado aparentemente de vértigo, en el que la paciente rechazaba bajarse de la silla en la que estaba sentada, con palidez cutánea y vómitos, que duró una hora. Al ponerla definitivamente en el suelo, la paciente no conseguía mantenerse en pie e intentaba taparse los ojos con la ropa que tenía cerca. El cuadro estaba acompañado de tortícolis desde su comienzo. La sintomatología vertiginosa duró 6 h y el tortícolis acompañante casi 48 h.

La madre no refiere la presencia de desencadenantes posicionales, medicamentosos, de falta de sueño o de estrés, a destacar. Tampoco la presencia de pródromos como fotopsias, cefaleas, acúfenos o hipoacusia.

Ya había presentado anteriormente cuadros de tortícolis paroxístico, el primero a los 2 meses de edad y duró unas 48 h durante las que estuvo ingresada ya que presentaba de forma concomitante una infección por virus respiratorio sincitial. Tras este primer caso, ha tenido un cuadro al mes de tortícolis, durando éste entre 24 y 48 h.

La exploración ORL es normal. Los pares craneales, reflejos osteotendinosos, tono muscular normales y sin alteraciones en la marcha.

Las exploraciones complementarias con audiometría, impedanciometría, electroencefalograma, ecografía cerebral (incluyendo fosa posterior) fueron normales.

Así se estableció el diagnóstico de tortícolis espasmódico acompañado de vértigo paroxístico benigno infantil tras el que se instauró tratamiento de estimulación con rehabilitación y fisioterapia, con el que hasta el momento de redactar el caso, casi 6 meses después de recibirla por primera vez en la consulta, la paciente no ha vuelto a presentar crisis de tortícolis o vértigo.

Las formas más frecuentes de vértigo en la infancia son la migraña y el VPBI⁴.

La rareza del tortícolis paroxístico asociada a vértigo paroxístico hace que las series de casos que se han descrito no sean extensas⁵, de forma que es difícil la extrapolación de datos y la definición exacta de la enfermedad. Por ello, en muchos casos, el diagnóstico se realizará por exclusión, cuando las manifestaciones clínicas sean congruentes con la definición de la patología⁶.

La etiología no está clara, pero al igual que la migraña o el VPBI (patologías con la que está íntimamente relacionada), la mayoría de los autores apunta a una posible etiología vascular^{7,8}. Existen artículos recientes que relacionan la elevación de la fracción MB de la creatinina en suero con la presencia de VPBI, pero no existen estudios que analicen dicha elevación con el tortícolis paroxístico⁶.

Hasta un 3% de los niños diagnosticados inicialmente de vértigo presentan un tumor cerebral⁹, por ello se precisa descartar esta patología, junto con la epilepsia, en estos pacientes. Una vez descartadas, es necesario conocer que las crisis de tortícolis y vértigo suelen desaparecer entre los 2 y los 4 años¹, y que estos niños pueden desarrollar una migraña posteriormente, aun-

que no existe acuerdo sobre el porcentaje de niños que la desarrollarán: entre el 21 y el 58%¹⁰. Finalmente, en más del 50% de los casos existen antecedentes de migraña¹⁰.

A. Batuecas Caletrío, L.D. Beltrán Mateos, M. González Sánchez, S. Santa Cruz Ruiz, F. Benito González y J.M.^a Serradilla López

Unidad de Vestibulometría y Otoneurología.

Servicio de ORL y PCF. Hospital

Universitario de Salamanca. España.

Correspondencia: Dr. A. Batuecas Caletrío. Gustave Doré, 2-12, p6, 3.º A. 37007 Salamanca. España. Correo electrónico: abatuc@yahoo.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Marco Algarra J, Navarro Ortiz F, Aldasoro Martín J, Vento Torres D. Vértigo en la infancia. En: Bartual Pastor J, Pérez Fernández N, editores. El sistema vestibular y sus alteraciones. Tomo II. Barcelona: Masson; 1999. p. 435-9.
2. Dunn DW, Snyder CH. Benign paroxysmal vertigo of childhood. *Am J Dis Child.* 1976;130:1099-100.
3. Al-Twajiri WA, Shevell MI. Pediatric migraine equivalents: Occurrence and clinical features in practice. *Pediatric Neurology.* 2002;26:365-8.
4. Choung YH, Park K, Moon SK, Kim CH. Various causes and clinical characteristics in vertigo in children with normal ear drums. *Int J Ped Otolaryngol.* 2003;67:889-94.
5. Pérez Plasencia D, Beltrán Mateos LD, Del Cañizo Álvarez A, Sancipriano JA, Calvo Boizas E, Benito González JJ. Vértigo benigno paroxístico de la infancia. *Acta Otorrin Esp.* 1998;49:151-5.
6. Rodoo P, Hellberg D. Creatine Kinase MB in benign paroxysmal vertigo of childhood: A new diagnostic marker. *J Pediatr.* 2005;146:548-51.
7. Mira E, Piacentino G, Lanzi G, Ballotin U, Fazzi E. Benign paroxysmal vertigo in childhood: A migraine equivalent. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec.* 1984;46:97-104.
8. Herráiz C, Calvin FJ, Tapia MC, De Lucas P, Arroyo R. The migraine: Benign paroxysmal vertigo of childhood complex. *Int Tinnitus.* 1999;5:50-2.
9. Toupet M, Toupet F. Vertigo in children. *Rev Prat.* 1994;44:343-9.
10. Drigo P, Carli G, Laverda AM. Benign paroxysmal vertigo of childhood. *Brain Develop.* 2001;23:38-41.