

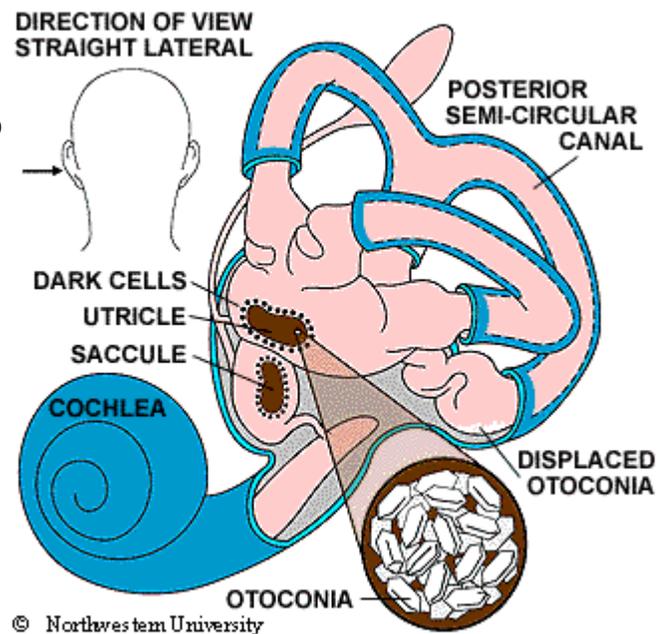
Vértigo Posicional Paroxístico Benigno

(BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL VERTIGO)

[Timothy C. Hain, MD](#)

[Dario Yacovino, M.D.](#)

Generalmente se piensa que el vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) se produce por pequeñas partículas que se encuentran ubicadas dentro de una parte del oído interno. Uno podría pensar que estas partículas (restos) son como "rocas o piedras en el oído" pero el nombre formal es "otoconia". Estas partículas (piedras) son pequeños cristales de carbonato de calcio derivadas de una estructura del oído interno llamado "utrículo" (figura 1). Si bien el sáculo también contiene otoconias, éstas no son capaces de migrar hacia el sistema de canales (conductos semicirculares). El utrículo puede ser dañado por traumatismos de cráneo, infecciones u otras afecciones del oído interno, o también puede sufrir degeneración asociada al paso de los años. Normalmente las otoconias parecen tener un lento recambio. Estas son posiblemente disueltas naturalmente, así como activamente reabsorbidas por las "células oscuras" del laberinto (Lim 1973,1984) , las cuáles se encuentran adyacente al utrículo y la crista , aunque esta idea no es aceptada por todos ([ver Zucca, 1998](#) , 1998 y Buckingham).



El VPPB es una causa frecuente de "mareos". Si uno considera a todos los pacientes mareados, el 20% sufre VPPB. Si bien el VPPB puede ocurrir en niños (Uneri and Turkdogan, 2003), los adultos mayores son los que con más frecuencia sufren mareos debido al VPPB. Aproximadamente el 50% de todas las causas de mareos en personas mayores es debida a esta entidad. En un reciente estudio , dentro del grupo de ancianos de una zona urbana se encontró 9% de VPPB no diagnosticado previamente.(Oghalai,J.S, et al, 2000) Los síntomas producidos por el VPPB incluyen mareos o vértigo, sensación de embotamiento o aturdimiento, desequilibrio y náuseas.

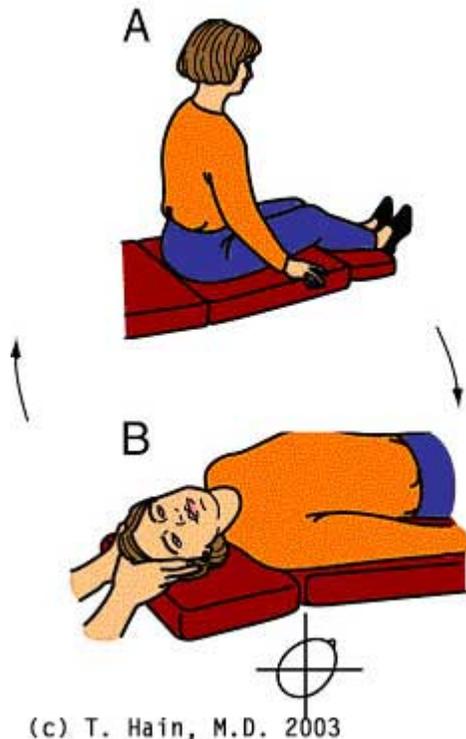
Las actividades que desencadenan los síntomas varían entre las personas, pero los síntomas son al menos siempre precipitados por los cambios de posición de la cabeza con respecto a la gravedad. Levantarse o girar sobre la cama son los más comunes "problemas" de movimientos. Debido a que personas con VPPB habitualmente sienten mareos y desequilibrio cuando inclinan su cabeza hacia atrás para mirar hacia arriba , algunas veces se lo llama "vértigo del estante superior" . La mujeres con VPPB pueden presentar los síntomas cuando se hacen lavar el cabello en los salones de belleza (inclinarse la cabeza sobre la batea de lavado). Es común un patrón intermitente . El VPPB suele presentarse por pocas semanas y luego desaparecer , pero eventualmente puede reaparecer.

QUE CAUSA EL VPPB ?

La etiología más común de VPPB en personas por debajo de los 50 años, es el traumatismo de cráneo ([head injury](#)). Hay también una asociación con migraña (Ishiyama et al, 2000). En personas mayores (ancianos) la causa más común es la degeneración del sistema utricular de oído interno. El VPPB se hace significativamente mas frecuente con el paso de los años (Froeling et al 1991). En la mitad de los casos el VPPB es de causa "idiopática", el cuál se define como de causa desconocida. Algunos virus pueden afectar el oído interno y causar Neuritis Vestibular([vestibular neuritis](#)), pequeños strokes (eventos vasculares cerebrales) que afecten la arteria cerebelosa antero-inferior ([AICA syndrome](#)) y la enfermedad de Meniere ([Meniere's disease](#)) son conocidas pero infrecuentes causas de VPPB. Ocasionalmente el VPPB puede surgir luego de una cirugía , aquí la causa podría ser la combinación de reposo prolongado en posición supina (acostado) y/o traumatismo del oído si la cirugía involucra a este último (Atacan et al 2001). Otras causas de síntomas posicionales serán discutidos mas adelante.

COMO SE LOGRA EL DIAGNOSTICO DE VPPB ?

Su médico puede hacer el diagnóstico de VPPB basándose en su historia clínica, los hallazgos del examen físico y los resultados de los test vestibulares y auditivos. Habitualmente la historia clínica y el examen físico son suficientes para arribar al diagnóstico. La figura a la derecha muestra la maniobra de Dix-Hallpike. En esta maniobra, la persona es llevada de la posición sentada a la supina (acostado), con la cabeza rotada 45 grados hacia un lado y extendida aproximadamente 20 grados hacia atrás. Una maniobra de Dix-Hallpike positiva, se define como la aparición de nistagmus



(sacudida de los ojos) durante la realización de esta maniobra. Los ojos habitualmente se sacuden hacia arriba con un componente torsional, es decir la parte superior de los ojos se rotan hacia abajo. Este test puede ser más sensible si se utilizan los Lentes de Frenzel ([Frenzel goggles](#)) o un video Frenzel. La mayoría de los médicos especialistas en mareos tienen ambos en su consultorio. Con respecto a la historia, la clave es la observación de que los mareos son gatillados al acostarse o al girar en la cama. La mayoría de las otras condiciones que causan mareos posicionales empeoran estando de pie más que acostado (p.e hipotensión ortostática) [orthostatic hypotension](#). Hay algunas condiciones raras que pueden simular un VPPB. Pacientes con ciertos tipos de ataxia espino-cerebelosa ([spinocerebellar ataxias](#)) pueden tener sensación de "giros en la cama" y preferir dormir boca arriba (sobre su espalda). (Jen et

al, 1998). Esta condición puede ser detectada por medio de un minucioso examen neurológico, teniendo en cuenta, que generalmente se acompaña de una historia familiar, en donde sus integrantes presentan síntomas similares. La electronistagmografía [ENG](#) puede ser necesaria para ver el característico nistagmus ([characteristic nystagmus](#)) desencadenado por la maniobra de Dix-Hallpike. Se ha sugerido que el VPPB acompañado de parálisis del canal lateral unilateral es sugestivo de etiología vascular (Kim et al, 1999). Para un adecuado diagnóstico de VPPB con los tests de laboratorio, es importante que el ENG sea realizado en un laboratorio que pueda medir los movimientos oculares verticales. El estudio de Resonancia Magnética Nuclear (RNM) debería realizarse si la sospecha clínica es de stroke o tumor cerebral. El test del sillón rotatorio ([rotatory chair test](#)) podría ser utilizado en pacientes con problemas para lograr el diagnóstico. Es posible, pero muy poco frecuente VPPB bilateral (es decir de ambos oídos).

Pueden ser necesarias ciertas modificaciones en sus actividades diarias para atenuar sus mareos. Use dos o mas almohadas en la noche. Evite dormir sobre su lado "malo". En la mañana levántese lentamente y siéntese en el borde de la cama por al menos 1 minuto. Evite inclinarse para recoger cosas del suelo así como extender su cuello (elevar su cabeza) como para agarrar alguna cosa de un estante alto. Tenga cuidado cuando visita al dentista o el salón de belleza y se recuesta sobre su espalda para hacerse lavar el cabello, cuando participa en actividades deportivas o cuando está recostado sobre una superficie plana.

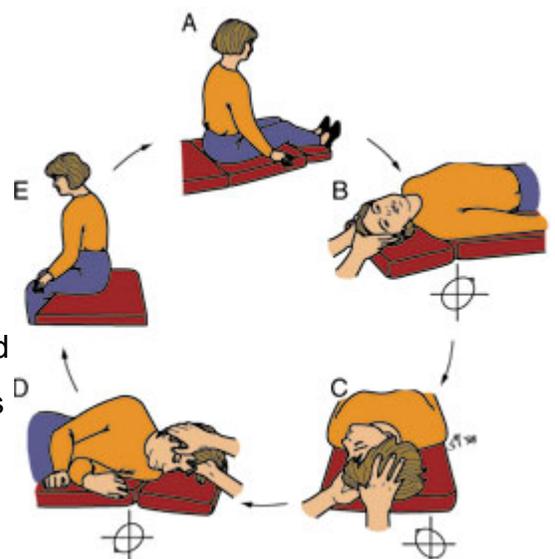
CUAL ES EL TRATAMIENTO DEL VPPB ?

El VPPB ha sido habitualmente descrito como "autolimitado" debido a que los síntomas mejoran o desaparecen dentro de los 6 meses. Los síntomas tienden a mejorar y recaer. La medicación utilizada para la intolerancia al movimiento (motion sickness), puede algunas veces ayudar a controlar las náuseas asociadas al VPPB pero son por otro lado raramente beneficiosas. Además, varias clases de maniobras físicas y ejercicios han demostrado ser efectivos . Hay tres variedades de tratamiento conservador, el cuál incluye ejercicios y un tipo de tratamiento quirúrgico, los cuales se describirán en la siguiente sección.

TRATAMIENTO DEL VPPB EN EL CONSULTORIO:

Maniobras de Epley y Semont

Generalmente, en el consultorio médico, se realizan dos tipos de tratamientos para el VPPB . Ambos tratamientos son muy efectivos , con una tasa de curación de aproximadamente 80 % , de acuerdo a los estudios de Herdman y otros (1993). Si su médico no está familiarizado con estos tratamientos , usted puede encontrar una lista de profesionales con conocimientos en el tema en la Asociación de Trastornos Vestibulares ([VEDA](#)),



Las maniobras llevan el nombre de sus inventores , ambas tienen el objetivo de desplazar las partículas (restos) o "piedras" fuera de las partes sensitivas del oído hacia áreas menos sensitivas del mismo. Cada maniobra demora aproximadamente 15 minutos para ser completada. **La maniobra de Semont** (también llamada maniobra "liberadora") es un procedimiento donde el paciente es movido desde una posición acostado sobre uno de sus lados rápidamente desplazados hacia el otro lado (Levrat et al 2003). Esta es una maniobra un tanto brusca por lo que no se realiza generalmente en Estados Unidos, pero tiene 90 % de eficacia luego de 4 sesiones de tratamiento.

La Maniobra de Epley es también llamada maniobra de re-posicionamiento de partículas, procedimiento de re-posicionamiento canalar y maniobra liberadora modificada. Esta se ilustra en la figura 2. Pulse aquí para ver una animación lenta. Esta maniobra consta de movimientos secuenciales de la cabeza en 4 posiciones , permaneciendo en cada posición por aproximadamente 30 segundos. La tasa de recurrencia del VPPB luego de esta maniobra es cercano al 30 % en un año, y eventualmente puede ser necesario un segundo tratamiento. Mientras algunos autores recomiendan el uso de vibración durante la maniobra de Epley, nosotros no hemos encontrado que sea de utilidad en nuestros pacientes (Hain et al ,2000). El uso de antieméticos antes de realizar la maniobra puede ser útil para prevenir las náuseas.

Cuando realice la maniobra de Epley , se aconseja precaución si aparecen síntomas neurológicos distintos al vértigo (p.e debilidad y/o adormecimiento de algún miembro, disturbios visuales,etc) . Ocasionalmente estos síntomas son causados por compresión de las arterias vertebrales (Sakaguchi et al, 2003), si uno continúa con el ejercicio, un evento circulatorio cerebral (stroke) podría ocurrir. Si el ejercicio está siendo realizado sin supervisión médica, aconsejamos detener el ejercicio y consultar al médico. Si el ejercicio está siendo supervisado, dado que el diagnóstico de VPPB ha sido bien establecido, en la mayoría de los casos nosotros modificamos la maniobra, de manera tal que la posición sea obtenida con movimientos de todo el cuerpo más que, con movimientos de la cabeza. Luego de haber realizado estas maniobras, usted debería seguir las instrucciones descritas a continuación, las cuáles tienen el objetivo de reducir las posibilidades de que las partículas vuelvan a caer dentro de la parte sensitiva del oído.

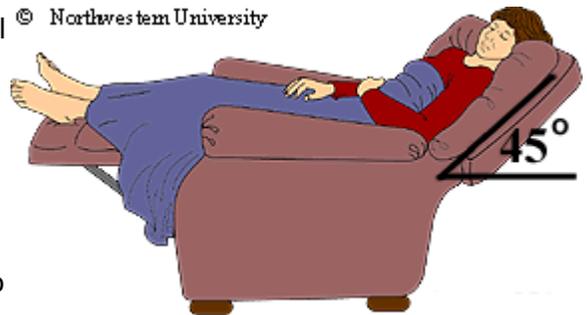
INSTRUCCIONES PARA LOS PACIENTES LUEGO DEL TRATAMIENTO EN CONSULTORIO

(Maniobra de Epley o Semont).

1. *Espere al menos 10 minutos luego de haber realizado la maniobra antes de regresar a su casa.* Esto es para evitar el llamado "Giro súbito" (quick spins) o breve ataque de vértigo producido por el asentamiento de las partículas luego de la maniobra. Evite manejar usted mismo su automóvil hasta su casa.

2. *Duerma semi-sentado por la siguiente noches.* Esto significa dormir con su cabeza en un punto intermedio entre el plano horizontal y vertical , es decir a un ángulo de 45 grados. Lo mas fácil sería utilizar un sillón reclinable o colocando almohadas en la cabecera de un sofá. (ver figura 3) . Durante el día , trate de mantener su cabeza lo más vertical posible. Usted no debería concurrir al

dentista ni al peluquero. No realice ejercicios que requieran movimientos de la cabeza. Si usted debe afeitarse la barba , debe hacerlo inclinando su cuerpo hacia delante manteniendo su cabeza vertical. Si usa gotas oftálmicas trate de colocárselas sin inclinar la cabeza hacia atrás. Use el shampoo solo en la ducha. .



3. *Por cinco días y noches, evite posiciones de la cabeza que puedan provocar VPPB nuevamente.*

- Use dos almohadas para dormir.
- Evite dormir sobre su lado "malo". Izquierda Derecha
- No gire mucho su cabeza hacia atrás o adelante.

Tenga la precaución de evitar extender la cabeza cuando se encuentre acostado, especialmente con su cabeza girada hacia el sitio afectado. De igual modo tenga precaución en los salones de belleza, consultorio del dentista y al someterse a cirugías menores. Trate de permanecer lo más derecho posible. Los ejercicios para el tratamiento del dolor de espalda o lumbar deben ser suspendidos por semana. No haga ejercicios "abdominales" por al menos una semana y evite nadar estilo "crol" (estilo pecho es posible). También debe evitar inclinar mucho la cabeza como sucede en algunos ejercicios (p.e tocarse los pies con las manos). No comience los ejercicios de Brandt-Daroff inmediatamente luego de la maniobra de Epley o Semont ; espere al menos dos días para hacerlo, a menos que haya sido específicamente indicado por su instructor.

4. *Luego de una (1) semana del tratamiento colóquese usted mismo en la posición que generalmente le producía mareos.* Debe hacerlo cautelosamente y bajo condiciones en las cuales no pueda sufrir caídas o lesiones. Hágale saber a su médico como lo hizo.

Comentario: Massoud e Ireland (1996) señalaron que las instrucciones post-tratamiento no son necesarias. Respetamos la idea de este autor pero, al momento (2002), nosotros aun creemos que es mejor seguir el procedimiento recomendado por Epley.