

# El Vértigo Posicional Paroxístico Benigno

---

El vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) es la causa más común de vértigo en el adulto. Se caracteriza por episodios de vértigo de segundos de duración desencadenados por movimientos de la cabeza. Los episodios se disparan al acostarse, girar en la cama o al levantarse. El VPPB ha sido llamado el vértigo del estante alto porque puede producirse al mirar muy hacia arriba como sucede al mirar una alacena. Veremos en el siguiente capítulo sus causas, características principales y tratamientos.

## DEFINICIÓN Y PREDISPONENTES

**Definición:** El VPPB es un desorden del oído interno caracterizado por episodios repetitivos de vértigo posicional.

El VPPB puede ocurrir a cualquier edad pero es raro en niños y mucho más frecuente en mayores de 60 años. La causa de VPPB es desconocida en muchos pacientes pero es más probable en:

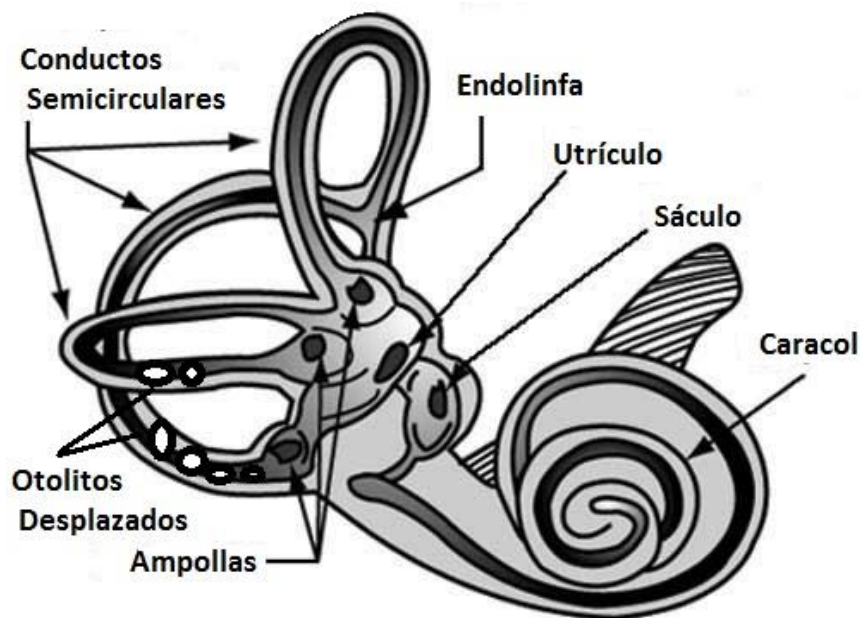
- Mayores de 60 años
- Personas con migrañas
- Si ha ocurrido una caída o traumatismo cefálico en los últimos meses
- Personas con hipertensión arterial
- Personas con niveles elevados de colesterol
- Personas con déficit de vitamina D

## SÍNTOMAS

Un episodio típico de VPPB consiste en un vértigo violento de segundos de duración al acostarse o levantarse. La sensación de rotación no suele durar más de un minuto, pero viene asociado a mareos, náuseas, transpiración e inestabilidad en forma más prolongada. Durante los episodios se genera un movimiento de ojos rítmico involuntario denominado nistagmus. Algunos pacientes pueden tener vómitos y desequilibrio por varias horas.

## CAUSAS

Para entender el origen del VPPB debemos estar familiarizados con la anatomía del oído interno. Como vimos en el primer capítulo, en la porción central del laberinto, tenemos dos estructuras, el utrículo y el sáculo, que contienen cristales de carbonato de calcio denominados otolitos y que contribuyen a que seamos sensibles a las fuerzas de gravedad. Estos otolitos están adheridos entre sí y a una membrana gelatinosa (mácula). El VPPB ocurre cuando se produce un desplazamiento de fragmentos de otolitos hacia uno de los conductos semicirculares (Fig. 5.1). Cuando la persona afectada pone su cabeza en cierta posición, los otolitos desplazados activan este conducto semicircular en forma errónea. El cerebro recibe estas señales y genera la sensación de rotación y en forma simultánea envía una señal a los músculos que mueven los ojos para acompañar el movimiento ilusorio que percibe desde el oído, generando el nistagmus.



**Figura 5.1** El VPPB es producido por el desprendimiento de otolitos desde el utrículo a un conducto semicircular. Adaptado de NASA.

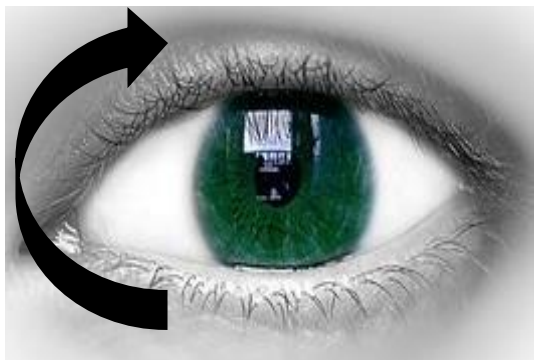
## VARIANTES

Existen distintas variantes según el conducto semicircular al cuál se desplazan los fragmentos de otolitos:

### **Variante conducto semicircular posterior**

Por su posición inferior es el conducto más afectado (alrededor del 80% de los casos). Los episodios se desencadenan al mirar hacia arriba o al acostarse hacia el lado afectado.

Se asocia a un nistagmus con un componente rápido hacia arriba y torsional para el lado afectado (Fig. 5.2).



**Figura 5.2** Dirección del nistagmus producido durante un episodio de VPPB del canal posterior izquierdo.

### **Variante conducto semicircular horizontal**

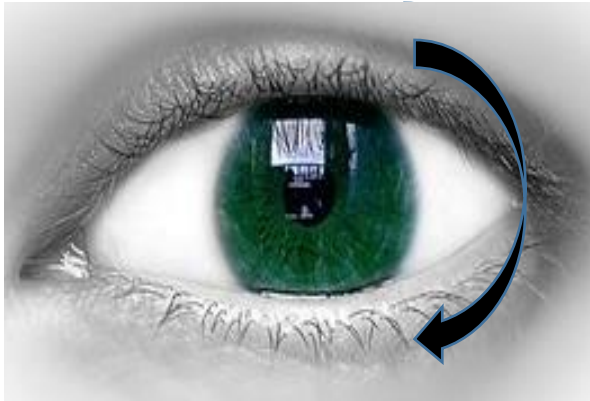
Es la segunda variante en frecuencia (cerca del 15% de los casos). El vértigo se desencadena hacia ambos lados, pero en mayor medida al acostarse sobre un lateral. Se asocia a un nistagmus predominantemente horizontal (Fig. 5.3)



**Figura 5.3** Dirección del nistagmus producido durante un episodio de VPPB de canal horizontal.

### **Variante conducto semicircular anterior**

Es la variante menos frecuente (cerca del 3% de los casos). Los episodios se desencadenan al mirar muy hacia arriba o colgar la cabeza hacia atrás. Se asocia a un nistagmus con un componente rápido hacia abajo con poco componente torsional hacia el lado afectado (Fig. 5.4).



**Figura 5.4** Dirección del nistagmus producido durante un episodio de VPPB de canal anterior derecho.

## **EVOLUCIÓN**

El VPPB es una enfermedad benigna que puede ser muy incapacitante y eleva el riesgo de tener una caída. Puede resolver en forma espontánea en días, semanas o meses. En un estudio, cerca del 30% de los casos resolvió en forma espontánea dentro del primer mes.

## **DIAGNÓSTICO**

El VPPB se diagnostica basándose en los síntomas del paciente, vértigos breves con los cambios de posición, y realizando pruebas diagnósticas provocativas. El objetivo de la evaluación es desencadenar el cuadro vertiginoso y el nistagmus, identificar la variante y luego reposicionar los fragmentos otolíticos desplazados.

### **Pruebas Posicionales**

Las pruebas posicionales consisten en colocar la cabeza del paciente en distintos planos para provocar el vértigo posicional. Distintas posiciones activarán distintas variantes, permitiendo determinar el conducto semicircular afectado. Cada conducto semicircular genera un nistagmus característico que permite identificar el canal afectado.

### **La prueba de Dix- Hallpike**

Para realizar esta prueba el examinador sujeta la cabeza del paciente mientras la rota 45 grados hacia el lado a evaluar. A continuación se acuesta el paciente llevando su cabeza unos 20 grados por debajo del plano horizontal. Esta posición se sostiene durante 30 segundos para luego volver a sentar al paciente (Fig. 5.5).

La prueba es positiva cuando genera vértigo acompañado de nistagmus. La prueba de Dix-Hallpike tiene mayor selectividad para el VPPB de los canales verticales (posterior y anterior).

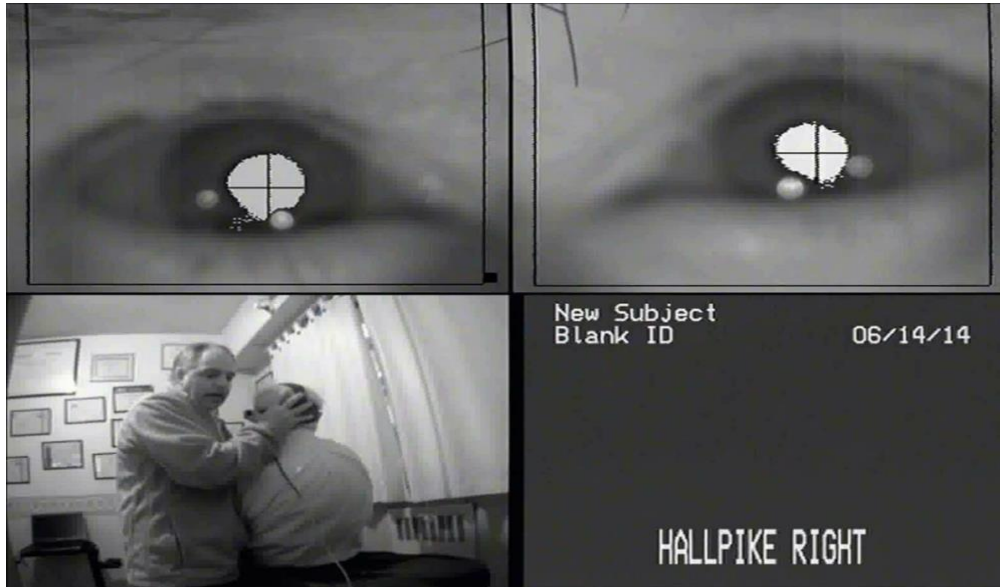


**Figura 5.5** Maniobra de Dix-Hallpike. Consiste en rotar y colgar la cabeza mientras se acuesta al paciente. Se considera positiva cuando desencadena un episodio con algunos de los nistagmus típicos del VPPB.

## TRATAMIENTO

Los sedativos vestibulares y los vasodilatadores no contribuyen a la resolución del VPPB. La utilización de sedativos vestibulares debe ser reservada para el control de las náuseas y vómitos en pacientes con síntomas marcados.

El único tratamiento efectivo son las maniobras de reposicionamiento. Consisten en realizar una o un conjunto de maniobras para reposicionar los fragmentos de otolitos desde los conductos semicirculares hacia el vestíbulo. Para realizar una maniobra de tratamiento es necesario primero determinar el conducto semicircular afectado. El profesional tratante debe analizar la dirección del nistagmus generado durante la maniobra provocativa. Existen sistemas que permiten observar los ojos del paciente utilizando cámaras infrarrojas (video-Frenzel/ videonistagmografía) que facilitan el diagnóstico (Fig. 5.6). Una vez que se determina en que porción del laberinto se encuentran los fragmentos otolíticos desplazados, se elige la maniobra adecuada para su reposicionamiento.



**Figura 5.6** Se utilizan cámaras infrarrojas para observar con mayor precisión el nistagmus provocado por las maniobras de evaluación y tratamiento (video Frenzel o videonistagmografía).

### **Maniobras de Reposicionamiento**

Las maniobras consisten en movilizar la cabeza y el cuerpo del paciente, en ciertos planos y direcciones para movilizar los otolitos desplazados hacia el vestíbulo. Distintas variantes de VPPB responden a diferentes maniobras y se realizan a distintas velocidades según los otolitos estén flotando libremente (canalitisias) o adheridos (cupulolitiasis).

La técnica de tratamiento más utilizada es la maniobra reposicionamiento de Epley, indicada para la variante más frecuente que es la canalitisias del conducto semicircular posterior. Consiste en acostar al paciente con su cabeza rotada hacia el lado afectado para luego acostarlo mientras se extiende su cabeza (posición de Dix –Hallpike). Luego de alrededor de 30 segundos o una vez que ha desaparecido el nistagmus, se rota la cabeza del paciente 90 grados hacia el oído no afectado sosteniendo esta posición también por 30 segundos, para luego nuevamente rotar su cabeza y cuerpo en el mismo sentido. Por último se sienta al paciente manteniendo su cabeza levemente flexionada (Fig. 5.11). Durante la maniobra es frecuente que vuelva a producirse vértigo y nistagmus. La observación de la dirección del nistagmus permite determinar en qué dirección se están movilizando los fragmentos otolíticos desplazados para lograr su reposicionamiento. Normalmente se realizan una o dos maniobras por sesión de tratamiento.



**Figura 5.9** Pasos de la maniobra de Epley para el tratamiento de un VPPB del canal posterior izquierdo. Se mantiene cada posición alrededor de 30 segundos o hasta que desaparezca el nistagmus.

## **INSTRUCCIONES/ PRECAUCIONES POSTRATAMIENTO**

Hace algunos años se les indicaba a los pacientes que luego del tratamiento durmieran sentados por 2 a 7 días y que utilizaran cuellos ortopédicos para evitar mover el cuello hacia atrás durante la primera semana. Actualmente se considera que estas medidas innecesarias y que no mejoran en forma significativa los resultados del tratamiento.

Es opinión del autor que los pacientes con síntomas más intensos o con riesgo de caída deben seguir las siguientes indicaciones durante 2 días o hasta la resolución de los síntomas:

- Después de la sesión de tratamiento es conveniente permanecer unos minutos sentados y moverse con precaución por algunas horas.
- Dormir sobre el oído sano o boca arriba sin bajar la cabeza por debajo de los 30 grados. Puede elevarse la cabecera de la cama o ubicar más almohadas debajo de la cabeza.
- Evitar mirar muy hacia arriba (por ej. la parte de arriba de un placar o alacena).
- Evitar mirar muy hacia abajo (por ej. al colocarse los zapatos).

- No concurra a la peluquería o al odontólogo o a otra actividad donde le inclinen la cabeza o el cuerpo muy hacia atrás.

Las indicaciones anteriores no aumentan el porcentaje de éxito de las maniobras pero ayudan a evitar malestar y accidentes hasta lograr la resolución del VPPB. Pueden no ser necesarias en todos los pacientes y en algunos pueden modificarse. Se recomienda efectuar un nuevo control dentro de la semana y repetir las maniobras de reposicionamiento cuando sea necesario.

## **EFFECTIVIDAD DE LAS MANIOBRAS DE REPOSICIONAMIENTO**

Las maniobras de reposicionamiento y liberación han demostrado ser efectivas para el tratamiento de las distintas variantes de VPPB. La mayoría de los pacientes resuelven luego de 1 o dos sesiones (70 al 80%).<sup>1,15</sup> Algunas variantes son más difíciles de tratar y pueden requerir múltiples maniobras en varias sesiones de tratamiento.

## **COMPLICACIONES**

El tratamiento del VPPB no tiene complicaciones de importancia. Después de una sesión de maniobras de reposicionamiento, es común que los pacientes se sientan con un leve mareo, nauseosos o inestables. Cerca del 5% pueden tener vómitos. Es conveniente que en la consulta inicial el paciente concurra acompañado y con varias horas de ayuno. En algunos pacientes puede producirse un desplazamiento de los fragmentos de otolitos hacia otro de los conductos semicirculares, más comúnmente del posterior al horizontal, requiriendo una nueva maniobra de tratamiento.

## **RECURRENCIA**

Si bien la mayoría de los casos de VPPB resuelven luego de tratamiento con maniobras de reposicionamiento, la recurrencia es alta. En un seguimiento a largo plazo de pacientes tratados por VPPB, alrededor del 50% presentó nuevos episodios dentro de los 10 años, la mayoría de estos dentro del primer año. Según la experiencia del autor, la frecuencia de recidiva es muy variable, mientras algunos pacientes repiten episodios varias veces por año, otros pueden estar muchos años sin volver a tener episodios.



Puede leerse el capítulo ampliado en:

