



## VÉRTIGO POSICIONAL BENIGNO PAROXÍSTICO (VPBP)

Jairo Alonso Quiñones Bautista, MD (Neurólogo Clínico)

### EDITORIAL

El vértigo es un síntoma y no una enfermedad y hay muchas entidades que lo pueden producir. La persona con vértigo siente que gira o da vueltas, o que el entorno se mueve de la misma manera; esta sensación rotacional produce gran angustia en quien la padece y por esto debe hacerse un esfuerzo por encontrar la causa y darle el tratamiento adecuado. El vértigo posicional paroxístico benigno (VPBP) es el tipo de vértigo más común. Se produce cada vez que se realizan ciertos movimientos de la cabeza y la alteración se encuentra en el canal semicircular posterior que es uno de los tres canales semicirculares que hacen parte del laberinto del oído interno.

El oído interno tiene dos funciones: una la audición por medio de la cóclea o el caracol y la otra el equilibrio por medio del laberinto, que hace parte del sistema vestibular. Los tres canales semicirculares del laberinto (superior posterior y lateral) son los encargados de sentir o percibir los movimientos que tienen que ver con la aceleración angular (los movimientos de la cabeza) y mantener el equilibrio del cuerpo. En el VPBP existen unas partículas llamadas “canalitos” que no deberían estar dentro del canal. En condiciones normales, al realizar los movimientos de la cabeza, el líquido del interior de los canales semicirculares se mueve igual y coordinadamente en ambos oídos y se estimulan unas estructuras sensitivas que envían una señal al cerebro quien a su vez hace correcciones de los ojos y mantiene la postura del cuerpo. Al estar presentes los canalitos dentro del canal semicircular de alguno de los dos oídos se va a alterar la hidrodinamia o movimiento del líquido de ese canal va a ser diferente a la del otro lado. Aparece el síntoma del vértigo que tiene las características de ser una sensación de corta duración (10 ó 20 segundos), cada vez que se realice un movimiento que estimule el canal posterior como voltearse hacia el mismo lado en la cama estando acostado, agacharse a recoger objetos, amarrarse los zapatos, extender la cabeza para sacar cosas de los armarios o extender ropa.

El diagnóstico se hace en el consultorio con la maniobra de Dix- Hallpike y el tratamiento se hace inmediatamente se hace el diagnóstico con las maniobras de Epley (nombre del otólogo que descubrió los canalitos y desarrolló la teoría) o de reposición canalicular que consiste en realizar una serie de movimientos de la cabeza del paciente para llevar las partículas o canalitos fuera del canal semicircular posterior. El resultado de este tratamiento es inmediato, no produce mayor incomodidad es altamente efectivo y no requiere del uso de medicamentos. Los pacientes quedan asombrados de su rápida curación y con frecuencia expresan “Doctora usted me realizó magia”.

En esta carta de la salud el doctor Quiñones hace una amplia y clara revisión del VPBP. Es importante conocer esta patología saber qué es una alteración benigna dentro del oído interno y que tiene un tratamiento inmediato y con excelentes resultados.

Dra. Susana Santamaría M.D.  
Otorrinolaringóloga.

### ¿QUÉ ES EL VÉRTIGO POSICIONAL BENIGNO PAROXÍSTICO?

El vértigo posicional benigno es una entidad en la que se provoca una repentina sensación de movimiento rotacional que se experimenta con ciertas posiciones de la cabeza, sucede de forma súbita cuando se cambia la posición de la cabeza. En esta entidad se percibe que los objetos se están moviendo momentáneamente, pero a veces de forma severa. Algunas personas sienten que les da vuelta la cabeza o el cuerpo. Otras sienten que el exterior está girando. La mayoría de pacientes dice con frecuencia que están mareados, pero el mareo es un término muy general. El vértigo, por otro lado, es una sensación muy específica de dar vueltas en forma incontrolable. Otro nombre para este problema es vértigo postural.

## ¿CUÁL ES LA CAUSA DEL VÉRTIGO POSICIONAL?

El vértigo posicional benigno es la causa más común de vértigo. El oído tiene 3 canales semicirculares en la parte interna. El movimiento de líquido en estos canales ayuda a que el cerebro mantenga el equilibrio y sepa en qué posición está (por ejemplo, parado, acostado o parado de manos). A veces se forman pequeños cristales de calcio que flotan en el fluido del oído interno. Esto puede ocurrir después de una lesión en la cabeza, un resfrío severo o simplemente como parte del proceso normal de envejecimiento. Sin embargo, no se sabe por qué algunas personas son más susceptibles para desarrollar esta entidad y por qué otras personas nunca experimentan esta condición.

Los cristales pueden causar vértigo cuando golpean contra las extensiones nerviosas de los canales semicirculares al cambiar la posición de la cabeza. En general los cristales se disuelven en pocas semanas y la sensación de vértigo desaparece. No obstante, a veces los cristales no se disuelven y el vértigo puede volver a aparecer.

El vértigo posicional por lo tanto ocurre cuando hay problemas en la porción del oído interno que controla el equilibrio del cuerpo. El oído interno posee pequeñas "piedrecillas" o cristales que se mueven con los cambios de posición, permitiéndole al cerebro interpretar la ubicación del cuerpo y mantener el equilibrio. En el vértigo posicional benigno, estas piedrecillas se desprenden y flotan libremente dentro de los canales semicirculares del oído interno. Esto puede suceder en un oído más que en otro, enviando al cerebro mensajes confusos acerca de la posición del cuerpo y dando como resultado el vértigo.

## ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO?

No existen factores de riesgo importantes que hagan a la persona más susceptible a padecer del vértigo posicional benigno, aunque, en parte, puede ser hereditario. También puede ser provocado por una lesión previa en la cabeza o por una infección del laberinto (laberintitis).

## ¿QUÉ SÍNTOMAS SE PUEDEN PRESENTAR?

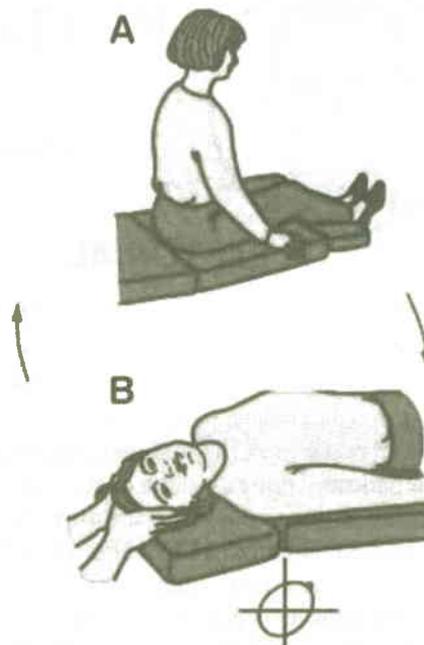
El síntoma principal es una sensación de estar dando vueltas, o de que los objetos están dando vueltas alrededor de uno. Con frecuencia, la sensación comienza de manera repentina y puede ser desencadenado por un movimiento de la cabeza. Esto puede suceder al inclinar la cabeza, al mirar hacia arriba o hacia abajo, o al darse vuelta en la cama. La queja más frecuente de los pacientes afectados es la incapacidad de cambiar la posición del cuerpo en la cama o mirar hacia arriba. Cuando es grave, a menudo se presenta acompañado de vómito. Los pacientes también pueden quejarse de trastornos visuales, como la percepción de que los objetos a su alrededor saltan o se mueven.

Aunque la sensación de vértigo sea breve, se puede presentar náuseas por varios minutos u horas después que ocurra.

## ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA EL VÉRTIGO POSICIONAL?

Para realizar el diagnóstico se debe tener en cuenta los síntomas y el examen físico. Con frecuencia, para hacer el diagnóstico, el médico realiza una prueba llamada maniobra de Dix-Hallpike (Gráfico 1).

Gráfico 1



Para iniciar la prueba de Dix-Hallpike, el paciente tiene que sentarse erguido sobre la mesa de examen (Gráfico 1A). En este procedimiento, el médico sostiene la cabeza del paciente en cierta posición y le pide que se acueste rápidamente sobre la espalda en una mesa (Gráfico 1B). A medida que el paciente hace esto, el médico observa si existe movimiento ocular rápido y brusco de los ojos llamado nistagmus y le pregunta si siente vértigo. Si el paciente tiene vértigo posicional, el médico observará el nistagmus y el paciente sentirá vértigo. Si no se observa nistagmus, el médico repetirá la prueba, esta vez volteando la cabeza en la dirección opuesta, para probar el otro oído interno. El nistagmus y el vértigo disminuirán y dejarán de ocurrir después de 15 a 20 segundos. Si el paciente no mueve la cabeza no tendrá más síntomas. Cuando el paciente se vuelva a sentar erguido, tendrá vértigo nuevamente, pero por un periodo más corto.

Los resultados del resto del examen físico son normales. Hay que tener en cuenta que si la maniobra de Dix-Hallpike es negativa no se descarta la posibilidad de un vértigo posicional, ya que la parte más importante en el diagnóstico es la historia clínica. En algunos casos, puede ser necesario realizar algunas pruebas para la diferenciación de otras causas de vértigo (Tabla 1). Las pruebas incluyen:

- ❖ Escanografía (TAC) de cráneo.
- ❖ Resonancia magnética cerebral.
- ❖ Estimulación calórica (prueba de los reflejos oculares).
- ❖ Electronistagmografía.
- ❖ Electroencefalograma (cuando se sospechan crisis epilépticas).
- ❖ Estudio de potenciales evocados auditivos.
- ❖ Una audiometría para verificar la audición.

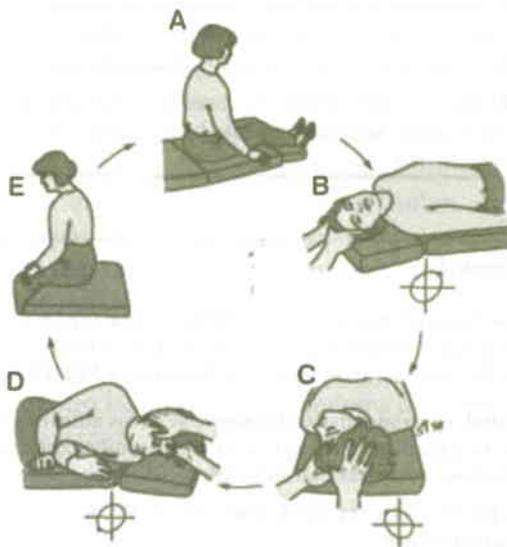
**Tabla 1**

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
Ataques isquémicos transitorios
Infartos cerebrales
Crisis epilépticas
Migraña vertiginosa, migraña basilar
Lesiones del ángulo pontocerebeloso y cerebelo (tumores de fosa posterior, neurinoma, esclerosis múltiple o hemorragias cerebelosas) especialmente si en la prueba de Dix-Hallpike se observa un nistagmus atípico
Ortostatismo, algunos pacientes pueden referirlo como mareo o vértigo, refieren que ocurre siempre que se levantan, no solo por la mañana en cama y no tienen sensación de giro de objetos.
Neuritis vestibular, cursa con un cuadro vertiginoso muy intenso con importante desequilibrio, de horas de duración.
Síndrome de Meniere: por incremento de las presiones membranosas del oído interno
Otros procesos inflamatorios o infecciosos (laberintitis, fracturas del peñasco)

## ¿CÓMO SE TRATA EL VÉRTIGO POSICIONAL?

Se recomiendan técnicas que usan la fuerza de gravedad para mover los cristales fuera de las extensiones nerviosas, hacia una zona del oído interno que no cause problemas. Éstas se llaman técnicas de reposicionamiento.

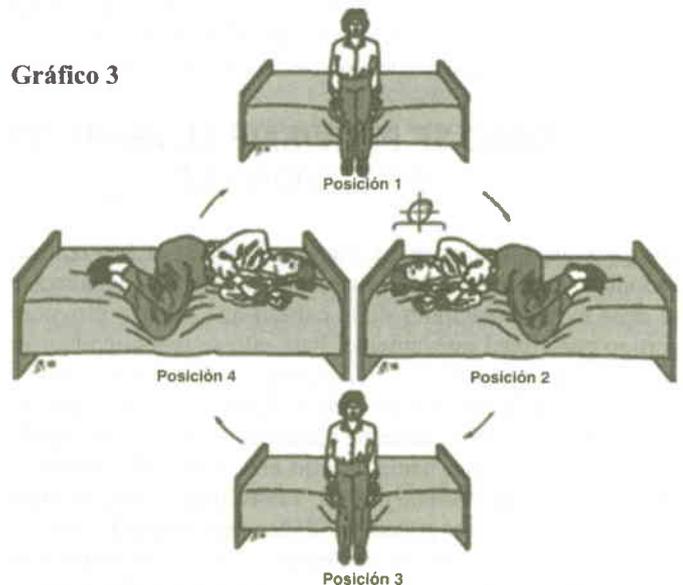
La técnica de reposicionamiento más efectiva es un procedimiento llamado "maniobra de Epley". Con esta maniobra, los cristales se pueden reubicar dentro del oído interno. En esta maniobra se coloca la cabeza del paciente en 4 posiciones, manteniendo la cabeza en cada posición por unos 30 segundos (Gráfico 2).

**Gráfico 2**

Con esta maniobra hasta el 80% de los pacientes puede mejorar. También se recomienda que los pacientes sean remitidos a rehabilitación vestibular con el fin de que aprendan y practiquen estas técnicas de reposicionamiento y mejoren la sensación vertiginosa.

Algunos pacientes necesitan realizar los ejercicios de Brandt-Daroff, los cuales son un método para el tratamiento del VPBP, generalmente usados cuando falla la maniobra de Epley en el consultorio. (Gráfico 3)

Para realizar los ejercicios de Brandt-Daroff, primero ubíquese sentado (posición 1). Luego acuéstese de un lado (posición 2), con la cabeza mirando hacia arriba en posición media (45 grados). Una forma fácil de recordar, es imaginarse que alguien está parado a 2 metros frente a usted, y usted le está mirando la cara. Permanezca en esa posición por 30 segundos, o hasta que el mareo desaparezca, luego vuelva a sentarse (posición 3). Permanezca sentado por 30 segundos, y luego acuéstese sobre el lado opuesto (posición 4), y repita la misma rutina.

**Gráfico 3**

Estos ejercicios deben realizarse por dos semanas, tres veces por día. Esto debe sumar 42 series en total. En la mayoría de las personas, la completa mejoría de los síntomas se obtiene luego de 30 series, o aproximadamente en 10 días.

En ocasiones, se utilizan medicamentos por cortos periodos, como antihistamínicos, anticolinérgicos y sedantes hipnóticos que pueden reducir los síntomas del vértigo, aunque estos con frecuencia son mínimamente efectivos. Los medicamentos ayudan a dormir y a aliviar la sensación de vértigo mientras el paciente duerme.

## ¿QUÉ PRONÓSTICO TIENE EL VÉRTIGO POSICIONAL?

Aun sin tratamiento, el vértigo posicional en general desaparece en varias semanas. El vértigo posicional benigno es molesto, pero no se considera peligroso desde el punto de vista médico y por lo general mejora con el paso del tiempo. Esta condición puede recurrir (por esto recibe el nombre de vértigo paroxístico) y las nuevas apariciones no se pueden predecir. Son frecuentes las recaídas en pacientes con diagnóstico de vértigo posicional del canal semicircular posterior que no han recibido tratamiento de reposición vestibular. Se estima, que el 18% de los pacientes puede volver a tener los síntomas a los 12 meses y que el 30% de los pacientes puede tener una recaída a los 3 años. El 50% de los pacientes pueden tener una recurrencia en un periodo de seguimiento de 10 años y suele producirse en el primer año desde el diagnóstico.

## ¿QUÉ COMPLICACIONES PUEDEN PRESENTAR LOS PACIENTES?

Los pacientes con vértigo severo pueden deshidratarse debido a los vómitos frecuentes, por lo cual en algunas ocasiones es necesario hospitalizar al paciente para hidratarlo con líquidos endovenosos y para administrar medicamentos que controlen el vómito.

## ¿QUÉ SITUACIONES REQUIEREN ASISTENCIA MÉDICA?

Se debe buscar asistencia médica, si la persona desarrolla un vértigo que no ha sido evaluado o si el tratamiento no es efectivo. El paciente también debe consultar si se desarrolla cualquier síntoma asociado como debilidad, problemas con el habla, trastornos visuales, que pueden indicar una condición neurológica más grave.

## ¿CÓMO SE PREVIENE EL VÉRTIGO POSICIONAL?

Los pacientes que han tenido este tipo de vértigo deben realizar periódicamente ejercicios de rehabilitación vestibular. Igualmente se debe evitar posiciones de la cabeza que puedan provocar vértigo posicional nuevamente. Para ello se recomienda usar dos almohadas para dormir, evitar dormir sobre el lado "malo", no girar mucho la cabeza hacia atrás o adelante. Evite la extensión de la cabeza cuando se encuentre acostado, especialmente cuando la cabeza está girada hacia el sitio afectado. Debe tratar de permanecer lo más derecho posible. También debe evitar inclinar mucho la cabeza como sucede en algunos ejercicios (Ej. tocarse los pies con las manos). No comenzar los ejercicios de Brandt-Daroff inmediatamente luego de la maniobra de Epley, esperar al menos dos días para hacerlo, a menos que haya sido específicamente indicado por el médico.

## RECOMENDACIONES GENERALES

Si el vértigo es moderado, es posible que pueda continuar con sus actividades habituales, sobre todo si tiene la oportunidad de sentarse cuando ocurre la sensación vertiginosa.

Si el vértigo no le permite continuar con sus actividades habituales, debe guardar reposo en casa.

Use el medicamento tal como se lo recetó su médico para tratar los síntomas de mareo, náuseas y vómitos. Usualmente se indican por pocos días.

Use las técnicas de reposicionamiento siguiendo las instrucciones. Estando sentado haga movimientos de los ojos sin mover la cabeza. Con la cabeza fija imagine que tiene que hacer movimientos de los ojos como si tuviera que seguir un cuadrado en ambas direcciones.

Estando sentado haga movimientos de la cabeza sin mover los ojos. Mire un punto fijo y luego haga movimientos de la cabeza hacia atrás, hacia adelante, hacia la derecha, hacia la izquierda. No trate de manejar, usar herramientas ni maquinarias, ni realizar otras tareas, como cocinar, que puedan ponerlo en peligro o poner en peligro a otros.

Siga las recomendaciones de su médico para hacer visitas de seguimiento.

Póngase en contacto con su médico si:

- ❖ Sus síntomas parecen empeorar, se hacen más frecuentes o duran más.
- ❖ Le aparecen síntomas nuevos, como pérdida de audición, trastornos visuales, trastornos del habla, debilidad o dolor de cabeza severo.

Tabla 2

### PUNTOS CLAVES

El Vértigo Posicional Benigno Paroxístico (VPBP) es la causa de consulta por vértigo más frecuente y se caracteriza clínicamente por episodios breves de vértigo súbito, que se desencadenan con los movimientos de la cabeza.

Puede afectar a cualquiera de los 3 canales semicirculares del oído interno, pero el más frecuente es el VPBP del canal posterior.

El VPBP ocurre por la existencia de partículas o cristales que flotan libremente en el interior de los canales semicirculares irritando las terminales nerviosas.

No se sabe por qué unas personas son más susceptibles de desarrollar esta entidad.

El diagnóstico es clínico, apoyado en la prueba de Dix-Hallpike y rotación de la cabeza.

El tratamiento se basa en las maniobras de reposición de las partículas o en los ejercicios de rehabilitación vestibular. El tratamiento farmacológico no ha demostrado eficacia en la curación del cuadro.

El cuadro clínico tiende a la curación de forma espontánea, aunque las recaídas son relativamente frecuentes en los primeros años del seguimiento.

### Comité Editorial:

• Dr. Martín Wartenberg  
• Dra. Yuri Takeuchi  
• Dra. Diana Prieto

• Dr. Paulo José Llinás  
• Dr. Jaime Orrego  
• Dr. Alfredo Sánchez

• Dra. Marisol Badiel  
• Dr. Carlos Alberto Cañas  
• Dr. Carlos Serrano Reyes

• Dra. Sonia Jiménez Suárez  
• Dra. Karen Feriz  
• Enfermera Ma. Elena Mosquera

Los conceptos y opiniones contenidos en los artículos de la Carta de la Salud, corresponden únicamente al de los autores y editorialistas. Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud en general. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico.

Dirección: Carta de la Salud - Fundación Valle del Lili - Cr. 98 # 18-49 - Tel.: 331 9090 - Fax: 331 7499 - Santiago de Cali  
e-mail: cartadelasalud@fvil.org

Esta publicación de 30.000 ejemplares, es cortesía de



**EL PAIS**  
El Diario de nuestra gente

 **FUNDACIÓN VALLE DEL LILI**  
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

 **FUNDACION AYUDEMOS**  
ALICE ECHAVARRIA DE GARCES