

Vértigo Posicional Paroxístico Benigno del Canal Posterior (VPPB)

Autor: Britta Smith, PT, MMSc

**Traducido por: Daniel Verdecchia, PT, MSc. (c)
Ana Sanchez Junkin, PT, DPT, NCS**

Developed by the



Translated by THE
VESTIBULAR SPECIAL
INTEREST GROUP of
INPA



¿Qué es VPPB?

El Vértigo Posicional Paroxístico Benigno se caracteriza por vértigo episódico provocado por cambios en la posición de la cabeza en relación con la gravedad. Es el trastorno vestibular más común y representa la tercera parte de los diagnósticos vestibulares.¹ El VPPB es causado por otoconias que se han desprendido del utrículo y migrado hacia uno o más de los canales semicirculares. Las partículas cambian la dinámica de los fluidos de los canales, haciendo a estos sensibles a la gravedad. Aunque las otoconias pueden entrar en cualquier canal, el canal posterior es el que más frecuentemente se afecta debido a su ubicación anatómica.² El VPPB puede ocurrir después de un trauma en la cabeza, de laberintitis, o de una isquemia de la arteria vestibular anterior, pero casi la mitad de los casos son idiopáticos.³

¿Cómo se diagnostica el VPPB?

Los pacientes generalmente se quejan de síntomas de vértigo, mareos, náusea o desequilibrio luego de cambios en la posición de la cabeza con respecto a la gravedad. Los síntomas son a menudo provocados cuando el paciente se da vuelta en la cama, mira hacia arriba, se agacha, o deja colgar la cabeza, como en una visita al dentista o en un salón de belleza. El diagnóstico de VPPB del canal posterior se hace realizando la maniobra de Dix-Hallpike.⁴ Los hallazgos diagnósticos para el VPPB del canal posterior son:

- Nistagmo torsional hacia el oído de abajo con un movimiento vertical hacia arriba que dura menos de 60 segundos.
- Latencia entre 1 y 40 segundos, y
- Vértigo reportado por el paciente durante la maniobra de Dix-Hallpike.

¿Cómo se trata el VPPB?

Después de realizar el diagnóstico de VPPB, el tratamiento se enfoca en sacar las otoconias del canal y devolverlas al utrículo, donde según se cree, se reabsorben. El procedimiento de reposicionamiento canalicular (PRC), desarrollado por Epley, es una maniobra apropiada para el VPPB con partículas en el canal posterior.⁵ La técnica correcta para esta maniobra se describe y se demuestra en múltiples sitios web.^{7,8} Un tratamiento alternativo es la maniobra liberatoria.⁹ No obstante de haber sido desarrollada para una variante del VPPB, esta maniobra también puede usarse para tratar el canal posterior. Una revisión sistemática sobre la efectividad del tratamiento para el VPPB del canal posterior dio tasas de éxito entre 67% y 95% para el PRC y entre 80% y 85% para la maniobra liberatoria.

Vértigo Posicional Paroxístico Benigno del Canal Posterior (VPPB)

Autor: Britta Smith, PT, MMSc

**Traducido por: Daniel Verdecchia, PT, MSc. (c)
Ana Sanchez Junkin, PT, DPT, NCS**

Developed by the



Translated by THE
VESTIBULAR SPECIAL
INTEREST GROUP of
INPA



Terapia Física para Pacientes con VPPB.

Los fisioterapeutas con entrenamiento en rehabilitación vestibular son competentes para diagnosticar VPPB, elegir la maniobra apropiada para cada paciente y realizar la intervención. Los fisioterapeutas vestibulares educan a sus pacientes sobre el diagnóstico, la intervención suministrada y como realizar auto tratamiento adicional si es apropiado. Problemas secundarios relacionados con el VPPB, como mareos persistentes o inestabilidad postural, pueden ser tratados por fisioterapeutas vestibulares como parte de un plan comprensivo de cuidados.

Referencias:

1. Von Brevern M, Radtke A, Lezius F, et al. Epidemiology of benign positional vertigo: a population based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007;78:710-715.
2. Herdman, SJ, et al. Eye movement signs in vertical canal benign paroxysmal vertigo. In Fuchs, AF, et al (eds): *Contemporary Ocular Motor and Vestibular Research: Tribute to David A. Robinson*, Stuttgart, Thieme, 1994, pp 385-387.
3. Baloh, RW, Honrubia V, Jacobson K: Benign positional vertigo: clinical and oculographic features in 240 cases. *Neurology*. 1987; 37:371-378.
4. Fife TD, Iverson DJ, Lempert T, et al. Practice parameter therapies for benign paroxysmal positional vertigo (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2008; 70:2067-2074.
5. Lim DJ. Formation and fate of the otoconia: scanning and transmission electron microscopy. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1973;82:23-35.
6. Epley JM. The canalith repositioning procedure: for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1992;107:399-404
7. Hain TC. Benign Paroxysmal Positional Vertigo. <http://www.dizziness-and-balance.com/disorders/bppv/bppv.html>. Updated July 3, 2010. Accessed July 17, 2010.
8. Sinus Institute of Northern Virginia, Associates in Otolaryngology. Epley maneuver + Video. <http://www.entdr.com/dizziness.html>. Accessed July 17, 2010.
9. Semont A, Freyes G, Vitte E. Curing BPPV with a liberatory maneuver. *Adv Otorhinolaryngol* 1988; 42:290-293.
10. Helminski JO, Zee DS, Janssen I, Hain TC. Effectiveness of particle repositioning maneuvers in the treatment of benign paroxysmal positional vertigo: a systematic review. *Phys Ther* 2010; 90 (5):663-678.