

# Más Allá del VPPB del Canal Posterior

Autor: *Lexi Miles, MPT*

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



El Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (VPPB) es la causa más común de vértigo.<sup>1</sup> Se caracteriza por episodios breves de vértigo provocados por cambios en la posición de la cabeza. Puede perjudicar significativamente la calidad de vida de un paciente e interrumpir su participación en el trabajo y en las actividades cotidianas.<sup>2</sup> También puede contribuir al riesgo de caídas en los pacientes de edad más avanzada,<sup>3</sup> lo que aumenta la probabilidad de tales complicaciones como las fracturas y el traumatismo cefálico.

## ***Canalitisias versus Cúpulolitisias***

Hay dos formas de VPPB, canalitisias y cúpulolitisias. La canalitisias es la más común y ocurre cuando las otoconias están moviéndose dentro del canal semicircular, causando así vértigo y nistagmo que se resuelven dentro de 60 segundos. La Cúpulolitisias ocurre cuando las otoconias se adhieren a la cúpula y provocan vértigo y nistagmo que persisten durante un período de tiempo más largo.<sup>4</sup>

## ***VPPB del Canal Anterior y Lateral***

El VPPB afecta comúnmente el canal posterior. Sin embargo, puede afectar cualquier canal semicircular y también se ha observado que afecta múltiples canales simultáneamente. El VPPB multicanal es más comúnmente visto después de trauma en la cabeza.<sup>5</sup> El VPPB del canal anterior (CA) no es común, se ve en menos del 5% de los pacientes, y provoca un nistagmo hacia abajo y torsional.<sup>4</sup> El comprometimiento del CA es evaluado con el test de Dix-Hallpike y se trata con el procedimiento de reposicionamiento canalicular o con la maniobra Semont.<sup>6</sup> Si la historia clínica del paciente es consistente con VPPB pero no se observa nistagmo con el test de Dix-Hallpike, la prueba de roll debería ser realizado para evaluar la posibilidad de VPPB del canal lateral (CL). El VPPB-CL representa desde el 10% hasta el 15% de los casos de VPPB.<sup>7</sup> La maniobra de roll es generalmente usada para tratar VPPB-CL.<sup>7</sup> Cuando el paciente presenta con vértigo posicional sin nistagmo o con nistagmo que no cabe dentro de las formas más asociadas, debería pensarse en una causa distinta del VPPB y se debería contactar al médico.

El éxito del tratamiento del VPPB depende de un diagnóstico certero basado en patrones específicos del nistagmo. Una derivación a un fisioterapeuta con experiencia en tratar VPPB puede conducir a una resolución rápida de los síntomas, reduciendo significativamente complicaciones secundarias como la ansiedad y la disminución de la calidad de vida, además minimiza los tiempos de espera y los costos ocasionados por una derivación a un médico especializado.<sup>2</sup>

# Más Allá del VPPB del Canal Posterior

**Autor: Lexi Miles, MPT**

**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



## Referencias:

1. Von Brevern M, Radtke A, Lezius F, et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007;78:710-715.
2. Fife D, Fitzgerald JE. Do patients with benign paroxysmal positional vertigo receive prompt treatment? Analysis of waiting times and human and financial costs associated with current practice. *Int J Audiol*. 2005;44: 50-57.
3. Oghalai JS, Manolidis S, Barth JL, et al. Unrecognized benign paroxysmal positional vertigo in elderly patients. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000;122:630-4.
4. Aw ST, Todd MJ, Aw GE, McGarvie LA, Halmagyi GM. Benign positional nystagmus: A study of its three-dimensional spatio-temporal characteristics. *Neurology*. 2005;64:1897-1905.
5. Tomaz A, Gananca MM, Gananca CF, et al. Benign Paroxysmal Positional Vertigo: Concomitant Involvement of Different Semicircular Canals. *Ann Oto Rhinol Laryn*. 2009;118: 113-117.
6. Herdman SJ. Advances in the treatment of vestibular disorders. *Phys Ther*. 1997;77:602-618.
7. Battacharyya N, et al. Clinical practice guideline: benign positional vertigo. *Otolaryn Head Neck Surg*. 2008;139:S47-S81. R