

# *Tema Valorado Críticamente: Las Maniobras de Reposicionamiento Vestibular son un Tratamiento Efectivo para Pacientes Adultos con Diagnóstico Clínico de VPPB*

**Loreto Edith Alfaro D.**

*Interna Medicina*

*Pontificia Universidad Católica de Chile*

**José Daniel Cruz M.**

*Interno Medicina*

*Pontificia Universidad Católica de Chile*

**Dra. Solange Rivera M.**

*Médico Familiar*

*Instructor Asociado*

*Departamento Medicina Familiar*

*Pontificia Universidad Católica de Chile*

Correspondencia a:

Loreto Alfaro D.

E-mail: lealfaro@puc.cl

## **RESUMEN**

En pacientes con vértigo paroxístico posicional benigno las maniobras de reposicionamiento vestibular son una intervención efectiva para la mejoría sintomática en el corto y mediano plazo.

## **INTRODUCCIÓN**

El vértigo paroxístico posicional benigno (VPPB) es una de las causas más comunes de vértigo en la práctica médica general y especializada<sup>1</sup>. Se caracteriza por mareo o vértigo de instalación súbita desencadenado por cambios de posición específicos, descrito y nombrado por Dix y Hallpike en 1952. Pese a que la historia clínica es característica, el diagnóstico se confirma con la maniobra de Dix-Hallpike, que desencadena la respuesta clásica compuesta por latencia, fatiga, nistagmo rotatorio geotrópico y sensación de vértigo<sup>2,3</sup>.

La hipótesis de litiasis en el canal semicircular posterior (CSP), propuesta inicialmente por Hall et al. en 1979 ha sido apoyada por varios estudios anatómopatológicos posteriores. En su mayoría de causa idiopática, aunque se asocia a otras enfermedades vestibulares (laberintitis viral, neuritis vestibular) y trauma craneano<sup>4,5</sup>.

Actualmente se plantea que la evolución natural del VPPB es la resolución espontánea en semanas o meses, sin embargo, provoca gran malestar en los pacientes y perjudica su calidad de vida, especialmente en adultos mayores. Los ejercicios de acostumbamiento vestibular, maniobras liberadoras y las maniobras de reposicionamiento vestibular

(MRV) han mostrado los mejores resultados en la resolución del vértigo<sup>6</sup>.

La Maniobra de Epley es una de las más populares y se ilustra en la Figura 1. Esta maniobra consta de movimientos secuenciales de la cabeza en 4 posiciones, permaneciendo en cada posición por aproximadamente 30 segundos.

En nuestra revisión bibliográfica no encontramos publicaciones de buena calidad que mostraran que el tratamiento farmacológico del VPPB tenga mejores resultados sintomáticos que las MRV. Esto concuerda con la hipótesis fisiopatológica planteada anteriormente, ya que fármacos antieméticos y/o antivertiginosos no resolverían la litiasis del CSP. Por otra parte, el tratamiento quirúrgico (oclusión del CSP o neurectomía) se reserva sólo para casos crónicos e intratables, dado el riesgo de hipoacusia, alteración en la función vestibular, riesgo anestésico, entre otros.

En nuestra práctica clínica es frecuente encontrar pacientes con VPPB que reciben tratamiento médico, evolucionando con persistencia de los síntomas o recidiva a mediano y largo plazo, lo cual es esperable al no tratar la causa de base. Es por esto que nos pareció importante determinar la efectividad de las MRV para ofrecer un tratamiento adecuado y definitivo a los pacientes con VPPB.

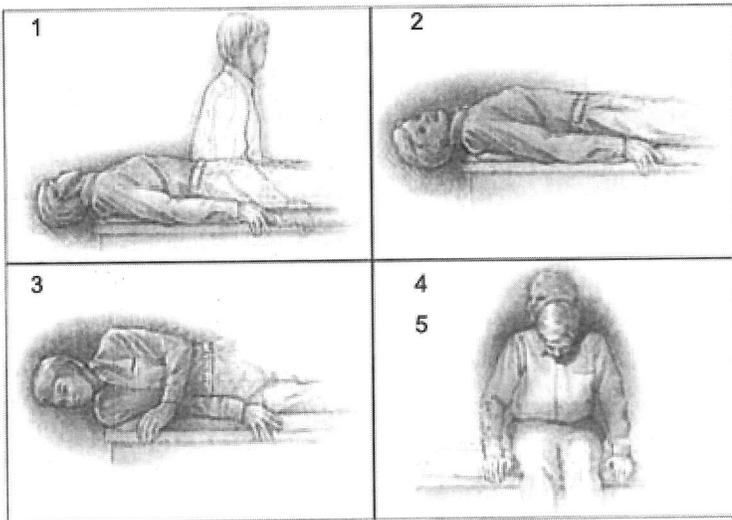


Figura 1. Maniobras de Epley. Paso 1. Movilice al paciente desde la posición sentado a acostado, con la cabeza fuera del borde de la camilla en un ángulo de 45°. Paso 2. Gire la cabeza del paciente al lado opuesto. Paso 3. Gire al paciente sobre este lado. Su cabeza permanecerá levemente angulada mientras mira al suelo. Paso 4. Lleve nuevamente al paciente a la posición sentado. Paso 5. Incline la barbilla del paciente hacia abajo.

**PREGUNTA CLÍNICA**

¿En pacientes adultos con diagnóstico clínico de VPPB, son las maniobras de reposicionamiento vestibular un tratamiento efectivo comparado con el placebo?

THAN M. Efficacy of Particle Repositioning Maneuver in BPPV: A Prospective Study. Am J Otolaryngol 2003; 24: 355-60.

**¿ES VÁLIDA LA EVIDENCIA OBTENIDA DE ESTE ESTUDIO?**

Tabla 2.

**CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO**

Tipo de estudio: randomizado  
Tiempo de seguimiento: 1 año.  
Tabla 1.

**RESULTADOS**

Tabla 3.

Tabla 4.

**REFERENCIA**

1.- SIMHADRI S, PANDA N, RAGHUNA-

Tabla 1. Resumen de las características principales del estudio

Los pacientes	Intervención	Comparación
40 pacientes entre 18-72 años. Diagnóstico de VPPB basado en historia clínica y respuesta a la Maniobra de Dix-Hallpike	n = 20 Maniobras de Reposicionamiento Vestibular	n = 20 Maniobras Placebo

Tabla 2. Validez interna del estudio

- Randomizado. Sí	- Pacientes Ciegos a la Intervención. NO
- Ocultamiento de la Secuencia de Aleatorización. Sí	- Tratantes Ciegos a la Intervención. NO
- Seguimiento: 100 %	- Adjudicadores Ciegos a la Intervención. Sí
- Análisis con Intención de Tratar. Sí	- Recolectores de Datos Ciegos a la Intervención. Sí
	- Analizadores Ciegos a la Intervención. Sí

Tabla 3. Resumen de los principales resultados del estudio a una semana de seguimiento

Outcome	Tasa eventos MRV	Tasa eventos Maniobras Placebo	RRA	RRR	NNT
Sin resolución completa	5%	85%	80% (61% - 98%)	0,94 (0,6 - 0,99)	2 (1 - 2)
Recurrencia	0%	70%	70% (49% - 90%)	1,00	2 (1 - 2)

RRA: Reducción Riesgo Absoluto; RRR: Reducción Riesgo Relativo; NNT: Número Necesario a Tratar. Entre paréntesis intervalos de 95% de confianza

Tabla 4. Resumen de los principales resultados del estudio a un año de seguimiento

Outcome	Tasa eventos MRV	Tasa eventos Maniobras Placebo	RRA	RRR	NNT
Sin resolución completa	10%	85%	75% (54% - 95%)	0,88 (0,56 - 0,97)	2 (1 - 2)
Recurrencia	10%	90%	80% (61% - 98%)	0,89 (0,58 - 0,97)	2 (1 - 2)

RRA: Reducción Riesgo Absoluto; RRR: Reducción Riesgo Relativo; NNT: Número Necesario a Tratar. Entre paréntesis intervalos de 95% de confianza

### COMENTARIOS Y APLICACIÓN PRÁCTICA

- El estudio analizado no presenta amenazas importantes a la validez de los resultados. La mayor desventaja de este estudio es un número pequeño (40 pacientes), sin embargo, de todos los estudios de buena calidad analizados éste tiene el mayor número y el seguimiento más prolongado (12 meses).
- Se observó un efecto de gran magnitud de las MRV comparado con maniobras placebo en el tratamiento del VPPB (NNT de 2). Dicho efecto se mantuvo en el mediano plazo, tanto para la resolución completa de los síntomas como para la ausencia de recurrencia. En ese sentido llama la atención que un porcentaje importante de los pacientes del grupo placebo sin recurrencia a la semana sí la presentaban al año (diferencia absoluta de un 20%), lo que reflejaría persistencia de enfermedad.
- El seguimiento a un año del grupo placebo muestra una tasa de recurrencia del 90 %, lo que hace poco

probable el concepto de resolución espontánea del BPPV. Es decir, un gran porcentaje de estos pacientes consultará nuevamente si no se le ofrece un tratamiento definitivo como parecen ser las MRV.

- Las MRV son un fácil y efectivo procedimiento en el manejo ambulatorio del BPPV, disponible en nuestra práctica clínica y a un costo similar o menor al de otras alternativas terapéuticas. Sin embargo, requerirían cierto grado de entrenamiento para su estandarización; lo que puede representar un obstáculo a su implementación masiva en atención primaria.
- Las MRV tienen la desventaja de no poder realizarse en pacientes que tengan patologías de columna cervical, o que no toleren el procedimiento por vértigo profuso o vómitos repetitivos.

### REFERENCIAS

1.- LYNN S, POOL A, ROSE D, BREY R, SUMAN V. Randomised trial of

canalith repositioning procedure. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 113 (6): 712-20.

- 2.- DIX M R, HALLPIKE C S. The pathology, symptomology and diagnosis of certain common disorders of the vestibular system. *Proc R Soc Med* 1952; 45: 341-54.
- 3.- NORRE M E. Diagnostic problems in patients with benign paroxysmal positional vertigo. *Laryngoscope* 1994; 104 (11): 1385-8.
- 4.- HARADA K, ODA M, YAMAMOTO M, NOMURA T, OHBAYASHI S, KITSUDA C. A Clinical observation of benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) after vestibular neuronitis (VN). *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1993; Suppl: 503: 61-3.
- 5.- PARNES L S, ROBICHAUD J. Further observations during the particle repositioning maneuver for benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 116: 238-43.
- 6.- YIMTAE K, SRIROMPOTONG S, SRIROMPOTONG S, SAE-SEAW P. A randomized trial of the canalith repositioning procedure. *Laryngoscope* 2003; 113 (5): 828-32.