

Vértigo postural paroxístico benigno subjetivo

Subjective benign paroxysmal positional vertigo

Macarena Karle P¹, Lara Fernández R², Héctor Bahamonde S².

RESUMEN

El vértigo postural paroxístico benigno (VPPB) es el trastorno vestibular más frecuente y se asocia a alto grado de morbilidad, impacto psicosocial y gastos médicos. El diagnóstico se basa en la anamnesis y examen físico incluyendo maniobras específicas para desencadenarlo. En algunos casos, podemos observar pacientes que presentan clínica de VPPB pero al realizar la maniobra de Dix-Hallpike no presentan nistagmo observable a simple vista, ni medible con lentes de frenzel ni videonistagmografía, pese a que manifiestan vértigo con o sin síntomas neurovegetativos. A estos casos Haynes los denominó "VPPB subjetivo" y representan entre el 11,5% y 48% del total de los VPPB. Estos pacientes también se beneficiarían de maniobras de reposición, con similares tasas de recurrencia que aquellos VPPB considerados objetivos dada la presencia de nistagmo con las maniobras de provocación.

Palabras claves: Vértigo, postural, subjetivo.

ABSTRACT

Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) is the most common vestibular disorder and is associated with high morbidity, psychosocial impact and medical expenses. Diagnosis is based on history and physical examination including specific maneuvers to trigger it. In some cases, patients with BPPV do not present observable nystagmus to the naked eye, or measurable with frenzel lenses or videonystagmography with the Dix-Hallpike test, although they manifested vertigo with or without autonomic symptoms. Haynes et al called this entity "subjective BPPV". They represent between 11.5 and 48% of all BPPV. These patients can benefit from repositioning maneuvers, with similar rates of recurrence than those considered objective BPPV.

Key words: Vertigo, postural, subjective.

¹ Médico Cirujano. CESFAM Gabriela Mistral.

² Médico Cirujano. ORL Hospital Clínico Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El vértigo postural paroxístico benigno (VPPB) es el trastorno vestibular más frecuente¹. Su incidencia es de 64 por 100.000 habitantes². Predomina en el rango de edad entre 50 y 55 años, siendo muy rara su presentación en niños³.

Según Weider y cols³, el primero en descubrir este cuadro fue Busch en 1882, luego Barany en 1921 lo atribuyó a un desorden otolítico. Los síntomas y manifestaciones clínicas fueron descritas por Dix & Hallpike¹³ en 1952, quienes finalmente lo llamaron VPPB⁴.

El VPPB es un trastorno de la población adulta, se asocia a alto grado de morbilidad, impacto psicosocial y gastos médicos. El 86% de las personas afectadas consulta al médico, interfiere con la vida diaria y es causa de invalidez⁴.

Se caracteriza por presentar crisis de vértigo de escasos segundos a pocos minutos, que se desencadena por movimientos o posiciones específicas de la cabeza, acompañado de nistagmo. Generalmente, se presenta con mayor intensidad en las mañanas cuando el paciente se levanta, debido al depósito de otolitos en los canales durante el sueño y también puede ocurrir al acostarse. El nistagmo puede ser rotacional, vertical u horizontal, dependiendo del canal semicircular involucrado. Se caracteriza por ser latente, transitorio, reversible y fatigable^{2,5,6}.

ETIOLOGÍA

La etiología del VPPB es controversial. En 1969 Schuknecht¹⁴ propuso la teoría de la cupulolitiasis, en que las otoconias u otolitos (cristales de carbonato de calcio) liberadas de la mácula utricular, se alojan y estimulan la cúpula del canal semicircular posterior (CSP) con los cambios gravitacionales^{2,7}. En la teoría de la canalolitiasis¹⁵, Hall y cols sostienen que el movimiento de detritus celulares flotantes en el CSP, estimulan la cúpula con los cambios de posición de la cabeza⁸. Estos fenómenos ocurren con mayor frecuencia en el CSP, es poco frecuente que afecten al canal semicircular lateral y muy raro que comprometan el canal semicircular superior⁷. Gans, refiere que normalmente hay cierta cantidad de otoconias

libres en los canales semicirculares pero debe existir una cantidad suficiente como para estimular las terminaciones nerviosas y provocar síntomas⁹. También se postula que las concentraciones bajas de calcio en la endolinfa ayudaría a disolver las otoconias, por el contrario, niveles elevados de calcio ayudarían a mantener las otoconias y por lo tanto persistencia de la sintomatología¹⁰.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en una adecuada historia y examen físico, y se confirma con las pruebas posturales. La maniobra diagnóstica de Dix & Hallpike desencadena nistagmo rotatorio-vertical geotrópico, con escasos segundos de latencia, fase rápida hacia el lado afectado y duración menor a 2 minutos. Esto es característico en el compromiso de CSP y se denomina VPPB objetivo (observación de nistagmo). La maniobra de Dix & Hallpike tiene un valor predictivo positivo del 83% y un valor predictivo negativo del 52% para el diagnóstico de VPPB del canal semicircular posterior y anterior³. Para evaluar el compromiso del canal semicircular lateral se puede utilizar la prueba Roll Test⁷.

En algunos casos, podemos observar pacientes que presentan clínica de VPPB (vértigo con o sin síntomas neurovegetativos) pero al realizar la maniobra de Dix & Hallpike, no presentan nistagmo observable a simple vista, ni medible con lentes de Frenzel ni videonistagmografía. A estos casos, Haynes y cols los denominaron VPPB subjetivo y representan cerca del 20% del total de los VPPBs^{2-4,5}. En consecuencia, el VPPB se caracteriza como objetivo o subjetivo según la presencia o ausencia de nistagmo, respectivamente.

TRATAMIENTO

El VPPB objetivo, es tratado normalmente con las maniobras de reposición que involucran una serie de movimientos y posiciones específicas de la cabeza y cuerpo, destinados a remover las otoconias del canal afectado. La maniobra más utilizada es la de Epley, que consta de 5 pasos, con el fin de mover los detritus libres flotantes hacia el utrículo mediante movimientos específicos de la cabeza y

cuerpo. Se realiza en una o varias sesiones hasta la desaparición de los síntomas. También se han descrito otras maniobras dependiendo del canal involucrado, pero actualmente se sabe que la eficacia terapéutica entre ellas es similar. La elección del tratamiento se basa generalmente en la preferencia del clínico, la complejidad de las propias maniobras y consideraciones propias del paciente¹⁶. Me parece un comentario algo aventurado basado en un único estudio, cuando los consensos de la academia americana y otros estudios contemporáneos hablan de éxito no diferenciable entre las distintas maniobras y algo de mayor éxito para Epley, concluyendo más fuertemente un factor de “maniobra preferida del terapeuta”.

Existen diversos estudios desde 2001 hasta la fecha que han usado las maniobras de reposición para tratar el VPPB subjetivo, todos ellos con resultados favorables, observándose una remisión de los síntomas entre 50% y 97,1% (promedio 67,64%)³.

DISCUSIÓN

El VPPB subjetivo es una entidad clínica bastante común pero los estudios que hay al respecto aún son escasos. Representa entre el 11,5% y 48% del total de los VPPB y se caracteriza por vértigo con o sin síntomas neurovegetativos, inducido por maniobras posturales, sin nistagmo⁵.

Múltiples autores han tratado de explicar la ausencia de nistagmo en el VPPB subjetivo; la fijación ocular, presencia de nistagmo débil no percibido por el observador, fatiga del nistagmo previo a la realización de las maniobras diagnósticas son algunas de las teorías. Otra explicación actualmente aceptada es que las otoconias que están adheridas a la cúpula o flotando en los canales semicirculares son mínimas, por lo tanto la señal nerviosa es capaz de estimular vértigo pero el umbral no es suficiente para producir nistagmo a través de la vía vestibulo-ocular^{2,6,7}. Independiente de la razón por la que no se observe nistagmo, suponiendo que la fisiopatología es la misma en ambos casos, se recomienda realizar las maniobras de reposición a todos los VPPB en presencia o ausencia de nistagmo, ya que es un tratamiento efectivo, bien tolerado, barato y fácil de realizar.

Cabe mencionar que en los principales estudios que se han realizado sobre VPPB, con y sin nistagmo, se realizaron maniobras de reposición con resultados favorables. Weider y cols estudiaron a 44 pacientes con vértigo posicional que los trataron con maniobras de Epley, observándose una mejoría global de 76%¹². Por su parte, Trielli y cols realizaron un estudio prospectivo de 43 pacientes con VPPB subjetivo que los trataron con maniobras de reposición modificadas para el CSP donde se observó una respuesta total de 93%.

Haynes y cols evaluaron el uso de la maniobra de Semont en el tratamiento de VPPB tanto objetivo como subjetivo. De un total de 162 pacientes, 78% (127) se clasificaron como objetivos y 22% (35) como subjetivos. Se trataron por 3 semanas seguidas y encontraron que 91% de los pacientes con VPPB objetivo y 86% de los pacientes con VPPB subjetivo, mejoraban su sintomatología con la maniobra.

Abdelghaffar realizó un estudio con 850 pacientes, de los cuales 140 de ellos padecían VPPB subjetivo y el resto VPPB objetivo. Se aplicaron maniobras de reposición en ambos grupos, se observó la curación de 73,6% para el grupo de VPPB subjetivo y 86% para VPPB objetivo. Durante 2 años de seguimiento se vio que la tasa de recurrencia en ambos grupos era la misma (8,7%).

Balatsouras y Korres evaluaron a 45 pacientes con VPPB subjetivo con una tasa de éxito de 87,5% para las maniobras de reposición.

Huebner y cols, aplicaron un cuestionario de discapacidad por vértigo *Dizziness Handicap Inventory* (DHI) a 36 pacientes con VPPB objetivo y 27 pacientes con VPPB subjetivo, pre y postratamiento con maniobras de reposición. Los resultados mostraron una significativa mejoría de ambos grupos postratamiento sin diferencias significativas entre ellos. Cabe destacar que las preguntas del cuestionario más sensibles para diagnosticar ambos tipos de VPPB evalúan si los movimientos rápidos de la cabeza e inclinarse hacia adelante, originan vértigo.

CONCLUSIÓN

Los hallazgos obtenidos en los estudios previamente mencionados confirman que el VPPB subjetivo

es una entidad más común de lo que se piensa. El diagnóstico se basa en historia de vértigo de corta duración, inducido por cambios posturales o maniobras de estimulación y ausencia de nistagmo. Se recomienda realizar maniobras de reposición a todos los pacientes con VPPB independiente si presentan o no nistagmo ya que son maniobras efectivas, fáciles y rápidas de realizar, además de ser económicas y sin efectos adversos para el paciente. Por lo mismo consideramos necesaria la difusión y práctica de estas maniobras en los distintos centros del país, de manera de poder llevar a cabo estudios a futuro dada la fácil aplicabilidad y reproducibilidad de éstas, con el fin de evaluar la magnitud de esta intervención en nuestro medio.

BIBLIOGRAFÍA

1. IWASAKI S, CHIHARA Y, USHIO M, OCHI A, MUROFUSHI T, YAMASOBA T. Effect of the canalith repositioning procedure on subjective visual horizontal in patients with posterior canal benign paroxysmal positional vertigo. *Acta Oto-Laryngologica* 2011; 131: 41-5.
2. HAYNES DS, RESSER JR, LABADIE RF, GIRASOLE CR, KOVACH BT, SCHEKER LE ET AL. Treatment of benign positional vertigo using the Semont manouever: efficacy in patients presenting without nystagmus. *Laryngoscope* 2002; 112(5): 796-801.
3. ALVARENGA GA, BARBOSA MA, PORTO CC. Benign paroxysmal positional vertigo without nystagmus: diagnosis and treatment. *Braz J Otorhinolayngol* 2011; 77 (6): 799-804.
4. HUEBNER A, LYTLE S, DOETTL S, PLYLER P, THELIN J. Treatment of Objective and Subjective Benign Paroxysmal Positional Vertigo. *J Am Acad Audiol* 2013; 24: 600-6.
5. BALATSOURAS DG, KORRES SG. Subjective benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2011; 146(1): 98-103.
6. BÜKI B. Benign paroxysmal positional vertigo. Toward new definitions. *Otology & Neurotology* 2014; 35: 323-8.
7. ABDELGHAFAR H. Effect of canalith repositioning procedures (CRP) in management of subjective benign paroxysmal positional vertigo. *Int Adv Otol* 2010; 6(1): 34-8.
8. HALL SF, RUBY RRF, McCLURE JA. The mechanics of benign paroxysmal vertigo. *J Otolaryngol* 1979; 8(2): 151-8.
9. GANS R. Benign paroxysmal positional vertigo: a common dizziness sensation. *Audiology Online serial on the Internet*. 2002.
10. ZUCCA G, VALLI S, VALLI P ET AL. Why do benign paroxysmal positional vertigo episodes recover spontaneously? *J Vestib Res* 1998; 8: 325-9.
11. TIRELLI G, D'ORLANDO E, GIACOMARRA V, RUSSOLO M. Benign positional vertigo without detectable nystagmus. *Laryngoscope* 2001; 111(6): 1053-6.
12. WEIDER DJ, RYDER CJ, STRAM JR. Benign paroxysmal positional vertigo: analysis of 44 cases treated by canalith repositioning procedure of Epley. *Am J Otol* 1994; 15(3): 321-6.
13. DIX R, HALLPIKE CS. The pathology, symptomatology and diagnosis of certain common disorders of the vestibular system. *Ann Otol Rhino Laryngol* 1952; 6: 765-78.
14. SCHUKNECHT HF. Cupulolithiasis. *Arch Otolaryngol* 1921; 2: 434-7.
15. EPLEY JM. Positional vertigo related to semicircular canalithiasis. *Otolaryngol Neck Surg* 1994; 112: 154-61.
16. GOLD DR, MORRIS L, KHERADMAND A ET AL. Repositioning maneuvers for benign paroxysmal positional vertigo. *Curr Treat Options Neurol* 2014; 16: 307.