

## **Fisioterapia del vértigo paroxístico posicional benigno**

**Michel TOUPET, Centre d'Explorations Fonctionnelles Oto-Neurologiques, 10 rue Falguière, 75015 Paris**

(Traducción: F. Colell Mitjans)

El vértigo paroxístico posicional benigno es el más frecuente en ORL, representa un tercio de todos los pacientes vertiginosos. Es un vértigo verdadero, rotatorio, breve (duración media de 20 segundos), aparece con la orientación de la cabeza en un plano determinado. Es típico que el paciente, acostado en la cama, constate que aparece este vértigo al ladearse hacia un lado y de nuevo al volver a la posición supina; cosa que no sucede al ladearse al lado contrario. Estando de pie, mirar hacia arriba o inclinarse, pueden desencadenar el vértigo.

Una sola maniobra permite curar al 84% de los pacientes.

Tras haber colocado al paciente en la posición detonante, se le coloca bruscamente hacia el otro lado.

### **Otolitos**

Clásicamente, este vértigo corresponde a un desplazamiento de otolitos en el vestíbulo, que irritan la cúpula del canal posterior semicircular.

Los otolitos (literalmente piedras del oído) o statoconios (carboncillos del oído) son pequeños cristales de carbonato cálcico de forma ovalada. Elementos normales del oído interno. Asociados al epitelio sensorial de la mácula utricular para poder estimar las aceleraciones lineales percibidas por nuestra cabeza.

Situados en la membrana otoconial, que reposa sobre un epitelio de células sensoriales. Cada célula tiene en su ápice una plataforma con cilios.

Los cilios forman un ramillete ciliar organizado como una serie de estereocilios alineados como tubos de órgano que acaba en un kinocilio. Los cilios penetran en la membrana otoconial. Una aceleración recta producida por el movimiento de la cabeza, o la aceleración de la gravedad actúan sobre los otoconios.

Durante una aceleración, al ser los cilios solidarios con el movimiento de la cabeza, se produce un movimiento de la membrana otoconial con respecto al epitelio ciliado; una fuerza de cizallamiento flexiona los cilios sensoriales de las células receptoras.

Cuando esta fuerza inclina el conjunto del ramillete ciliar hacia el kinocilio, la célula se excita, despolarizándose, y aumenta su actividad. Al invertirse el movimiento, la actividad de la célula disminuye. Así pues, cada célula es sensible a los movimientos de la membrana efectuados en una dirección particular.

La cantidad de aceleración de las células otolíticas nos permite captar permanentemente la posición de nuestra cabeza con respecto a la vertical.

Las vías nerviosas utilizan esta información para estabilizar la mirada y desencadenar los reflejos posturales de adaptación. A cada frenazo o aceleración en cualquier dirección se estimulan los otolitos, ello permita la orientación de la mirada y la adaptación de la postura del cuerpo.

## Noción de Cupulolitiasis

Por disección, se ha constatado la presencia de un depósito calcáreo en la cúpula del canal semicircular posterior. Esta observación es el origen del concepto de "cupulolitiasis" (litiasis en la cúpula". Cuando el paciente se inclina hacia un lado, la cúpula del canal semicircular posterior de ese lado recibe la acción del peso y se deforma ligeramente; su centro se "ahonda" (en la práctica el desplazamiento es muy pequeño).

Esta deformación estimula las células receptoras del canal semicircular posterior, ello provoca un vértigo durante 20 segundos que se acompaña de un nistagmus. Es un nistagmus rotatorio en el que la fase rápida se dirige hacia la oreja situada en el plano más bajo. Cuando el paciente vuelve a sentarse en la camilla, aparece un vértigo que se acompaña de nistagmus, a veces inverso, a veces vertical inferior, también durante veinte segundos.

La mayoría de las veces, las exploraciones de la función vestibular, de la oculomotricidad, de la postura y de la audición son perfectamente normales.

## Enfoque Terapéutico

Desde 1945, Cawthorne y Cocksey, proponen ejercicios de reeducación de los vértigos. Anteriormente esta reeducación se dirigía sólo a los vértigos crónicos.

Dos tipos de afecciones con vértigos duraderos se pueden beneficiar de este tipo de prácticas:

Los vértigos paroxísticos posicionales benignos.

La neuritis vestibular.

### **HABITUACION VESTIBULAR.**

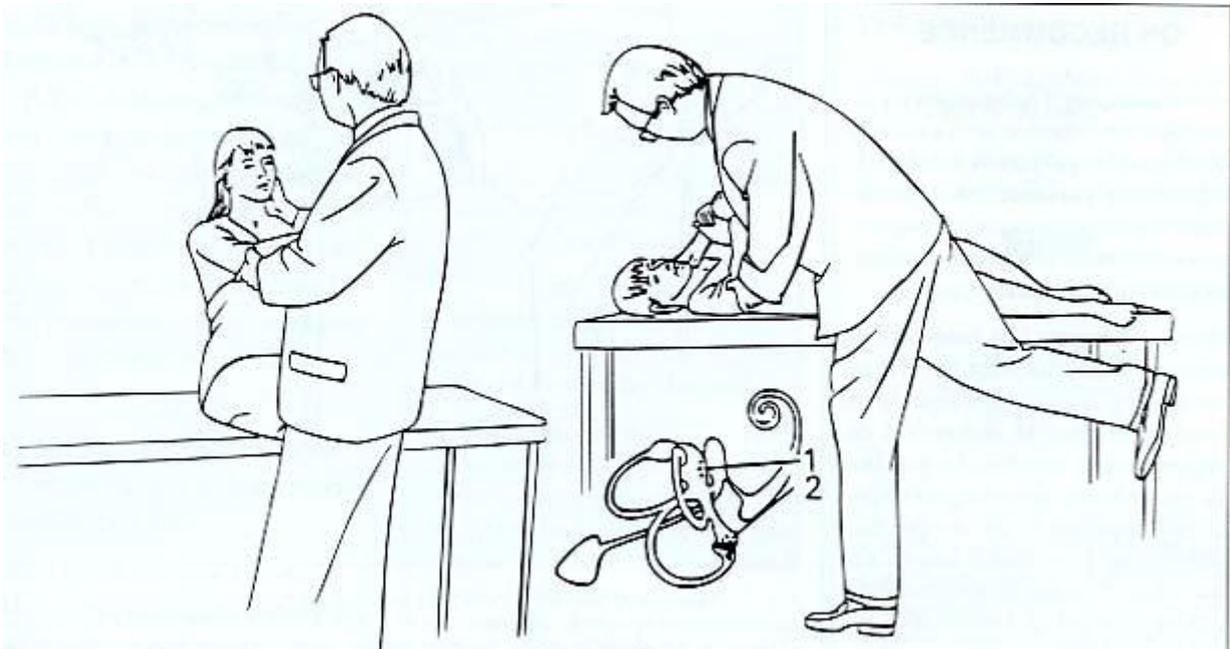
Gracias a la modulación de la conexión sináptica y del control inhibitor que ejerce el cerebelo sobre los reflejos vestibulococleares, la habituación es un fenómeno de plasticidad neuronal que permite una modificación de los reflejos. A fuerza de provocar este vértigo paroxístico posicional benigno, la respuesta nistágmica y la sensación de vértigo disminuyen progresivamente. Es un fenómeno de memorización.

### **TECNICA MANUAL (A VECES UNA SOLA MANIOBRA ES SUFICIENTE)**

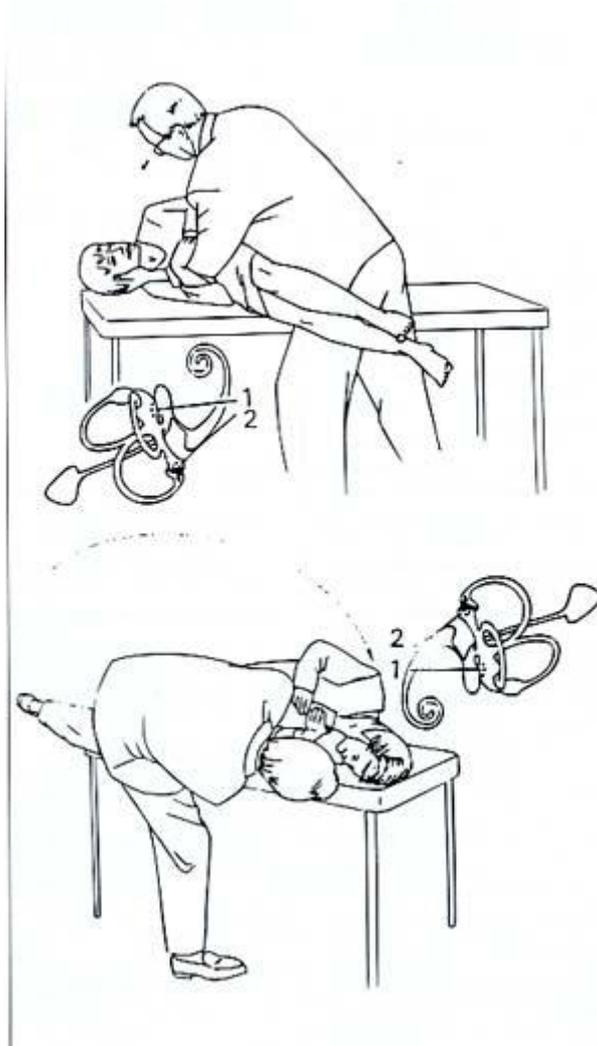
Se tumba al paciente en la camilla en la posición desencadenante del vértigo (fig. 1).

El terapeuta se coloca delante del paciente y lo bascula violentamente hacia el lado opuesto (fig. 2), intentando remover la cúpula del canal posterior, para que ese gesto brusco y seco desprenda los otolitos que se cree están incrustados en la cúpula.

Si la maniobra es efectiva, se acompaña la mayoría de las veces de un nistagmus rotatorio ageotrópico, el nistagmus liberador. La aparición de esta respuesta es generalmente de 10 segundos pero a veces puede aparecer a los 5 minutos: hay que saber esperar.



**Figura 1:** Maniobra curativa para el vértigo paroxístico benigno (lado derecho).  
Posición inicial



**Figura 2 :**

La mano izquierda sostiene el cuello del paciente sujetando la cabeza como una pelota de balonmano. Las dos manos del paciente sujetan el antebrazo izquierdo del terapeuta. La mano derecha del práctico coge el codo izquierdo del paciente. Se explica al paciente que se lo llevará rápidamente hacia el otro lado.

SE REPITE LA MANIOBRA SI NO SE OBTIENE RESULTADO POSITIVO

Estas técnicas de habituación o de maniobra curativa no se excluyen mutuamente. En caso de fracaso de ésta, ya es el inicio de la serie de habituación. A veces una postura de habituación más intensificada resulta inmediatamente curativa.

Hoy por hoy, no parece que sean eficaces las terapias medicamentosas en el tratamiento agudo de este vértigo, ni para la prevención de sus eventuales recidivas. El pronóstico, sin embargo, es siempre bueno. De aquí el nombre de vértigo paroxístico posicional benigno. De promedio la evolución espontánea de cada crisis es de 3 semanas.

La mitad de los pacientes presenta una sola crisis de vértigos en su vida, mientras que la otra mitad presenta una segunda crisis.