



NO ABSOLUTO A LA AUTOMEDICACIÓN

VÉRTIGO POSTURAL

SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

Dra. Jaqueline Ramírez Anguiano



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

Vértigo postural paroxístico benigno

Es la patología más frecuente, y el canal semicircular posterior y/o lateral pueden afectarse con mayor frecuencia. Se caracteriza por un ataque súbito de vértigo rotatorio asociado a un cambio postural, y nistagmus rotatorio que se presenta con un cambio de posición de la cabeza. La patofisiología del vértigo postural paroxístico benigno es la canalolitiasis, por detritus de otoconias libres flotando en la endolinfa del canal semicircular, o la cupulolitiasis, que son detritus de otoconias adheridos a la cúpula. Observar el nistagmus postural es esencial para el diagnóstico.

Esta patología es más frecuente en mujeres, en personas de edad avanzada y puede ser secundaria a traumatismo.

Síntomas

Sensación de giro ante ciertas posiciones de la cabeza que se agudiza por segundos. Se acompaña de náuseas y, en ocasiones, vómito. Puede ser incapacitante para la realización de las actividades diarias y laborales. No afecta la audición.

Diagnóstico

Maniobras de tipo postural, como la de Dix-Hallpike (ver glosario) para observar el nistagmo. La Electronistagmografía es el estudio que se realiza para valorar el vértigo.

Tratamiento

Maniobras de reposicionamiento o acomodación de Epley o Semot (ver glosario). Son maniobras de reposición canalicular, (sólo deben realizarlas los especialistas) que consisten en realizar una serie de cambios en la posición de la cabeza; y con esto se movilizan los restos de otoconias de la parte del oído afectada.

La mejoría es evidente. Si el tipo de vértigo es recurrente se pueden volver a realizar las maniobras nuevamente. Hay ejercicios de rehabilitación vestibular que el médico recomienda en caso necesario.

Preguntas frecuentes

- **¿Necesito tomar algún medicamento?**

No. Las maniobras y ejercicios de rehabilitación vestibular son suficientes y efectivas.

- **¿El vértigo es síntoma de la enfermedad de Meniere?**

No. Este tipo de vértigo es postural y no provoca sordera ni zumbido.

- **¿Necesito hacerme algún estudio?**

No es necesario hacerse ningún estudio.

Glosario

Audiometría: Estudio que evalúa su capacidad para escuchar sonidos. Los sonidos varían de acuerdo con el volumen o fuerza (intensidad) y con la velocidad de vibración de las ondas sonoras (tono).

Decibeles: Es la forma de medir el ruido. Los límites máximos permisibles de emisión de ruido en la CDMX se establecen de acuerdo a la zona: residencial, industrial, comercial, escolar; en ceremonias, festivales y eventos de entretenimiento. En escuelas, durante el juego será de 55 decibeles y, en ceremonias, festivales y eventos de entretenimiento, de 100 decibeles en un periodo de cuatro horas.

RMN: Estudio de imagen de alta resolución, el acrónimo corresponde a Resonancia Magnética Nuclear.

Maniobra de Dix-Hallpike: Esta maniobra se inicia primero del lado izquierdo y luego del lado derecho.

1. Colocamos al paciente sentado sobre la camilla, no en el borde, sino a lo largo.
2. Giramos su cabeza 45 grados hacia un lado (derecha o izquierda).
3. Tumbamos rápidamente hacia atrás al paciente, de manera que su cabeza quede colgando por encima del borde superior de la camilla con unos 30 grados de hiperextensión y siempre manteniendo la misma rotación inicial de 45 grados.
4. Mantenemos al paciente en esa posición durante unos 40 segundos, como nos muestra la figura. Si la maniobra es positiva, el paciente refiere sensación de vértigo y observamos un nistagmo que desaparecerá después de 5-30 segundos.
5. La dirección y el sentido del nistagmo indican el conducto semicircular afectado.

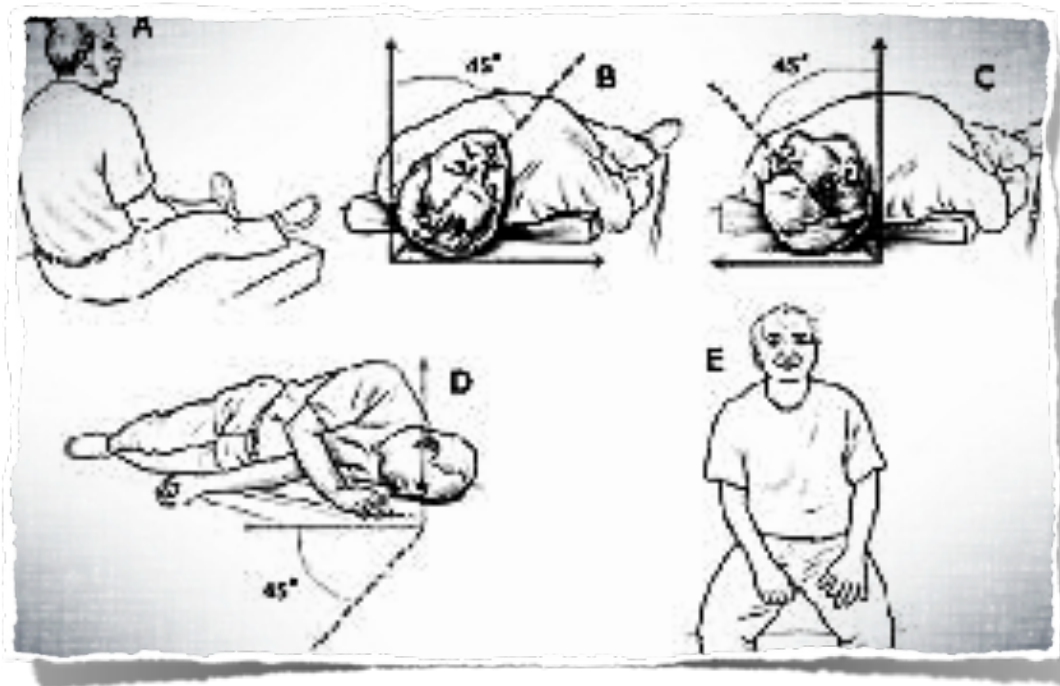


6. Una vez realizada esta prueba sobre un lado, esperamos unos minutos y repetimos la prueba en el lado contrario.
7. El diagnóstico del vértigo posicional paroxístico benigno se confirma con la aparición del nistagmo.

Maniobra de Reposicionamiento de Epley:

Cada paso descrito a continuación, debe realizarse en un tiempo de un minuto.

1. Paciente sentado con la cabeza girada hacia el lado afectado. (A)
2. Paciente en posición supina con cabeza colgando a 30 grados. (B)
3. Giro de cabeza hacia el oído contralateral a 45 grados. (C)
4. Giro del cuerpo lateralmente con la cabeza volteada 45 grados hacia abajo. (D)
5. Se coloca al paciente a posición de sentado con cabeza al frente a 45 grados. (E)



Fuente: Pane Pianese C. 2006



Directorio editorial

Servicio de Otorrinolaringología
Dra. Jaqueline Ramírez Anguiano

Unidad de Educación para la Salud
Dr. Luis Dávila Maldonado

Autora
Dra. Jaqueline Ramírez Anguiano

Editores de redacción y diseño
Dr. Luis Dávila Maldonado
Maritza Rosas Arriaga

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Vasco de Quiroga No. 15, Tlalpan
México, 2016



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN