



**Escuela Osteopatía
de Madrid** *Internacional*

SEMINARIO ORL Fisiopatología y trastornos vestibulares

Lorena Alba Rosales



<https://www.thebaranysociety.org/icvd-consensus-documents/>



Bárány Society

The International Society for Neuro-otology,
Vestibular Medicine, and Vestibular Research

[Home](#)[About](#)[News](#)[Membership/Dues](#)[ICVD Consensus Documents](#)[COSC-BS Subcommittees](#)[ICVD Translations](#)[BS-VestMed-Curriculum](#)

ICVD Consensus Documents

[Home](#) / ICVD Consensus Documents

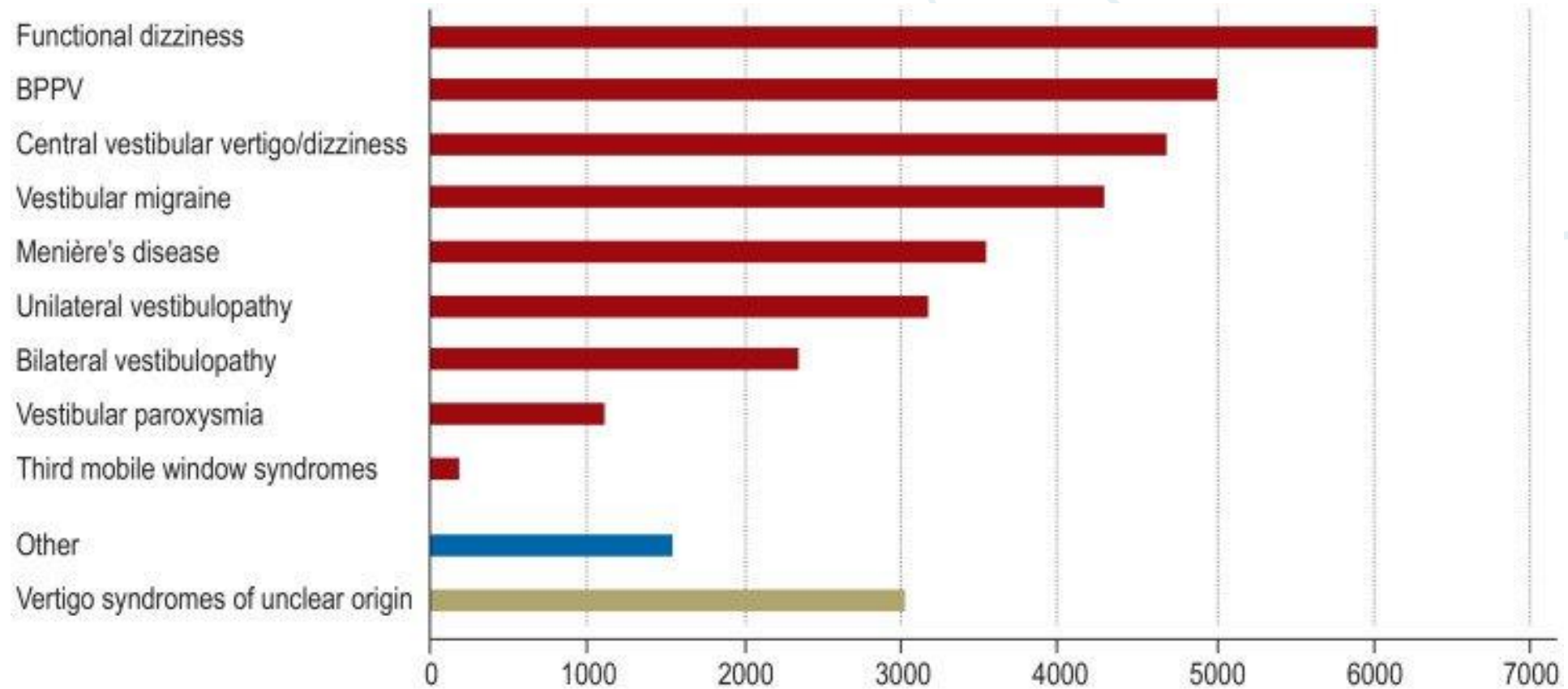
International Classification of Vestibular Disorders (ICVD)

The Bárány Society establishes evidence-based consensus and standardization regarding defining syndromes, diseases, diagnostic procedures, and treatments in the field of neuro-otology through its standardization committee and collecting feedback from other stakeholders.

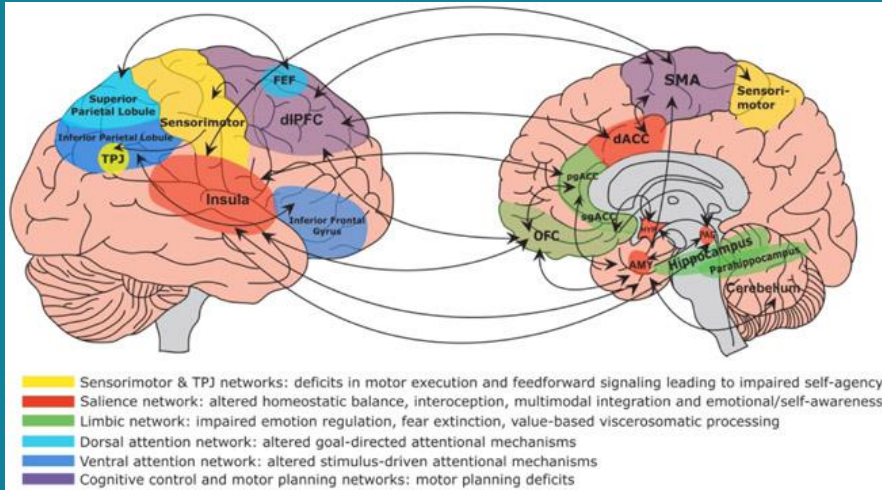
To do this effectively, we created the International Classification of Vestibular Disorders (ICVD) and installed the Classification Committee of the Bárány Society (CCBS), now known as the Classification Oversight Committee of the Bárány Society (COSC-BS). The COSC-BS oversees a number of subcommittees that address specific vestibular disorders and other associated topics. For more information about the subcommittees, please [click here](#).

PATOLOGIAS POR PREVALENCIA

The frequency of various vestibular syndromes among 34 860 patients in a specialized outpatient clinic. German Center for Vertigo and Balance Disorders and the Department of Neurology, LMU, Munich, Germany (1998-2019)



PERCEPTIVO PERSISTENTE (MPPP/PPPD) (Sociedad Bárány 2017, CIE-11)



Castro P, Bancroft MJ, Arshad Q, Kaski D. Persistent Postural-Perceptual Dizziness (PPPD) from Brain Imaging to Behaviour and Perception. Brain Sci [Internet]. 2022 Jun 8;12(6):753. Available from: <https://www.mdpi.com/2076-3425/12/6/753>

CAUSA MÁS PREVALENTE DE MAREO CRÓNICO

Alteración en las estrategias de control postural

Cambios en la integración multisensorial

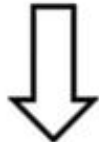
RMF: conductividad reducida entre zonas de integración sensorial, sistema límbico y áreas ejecutivas

MPPP/PPPD

Pathophysiologic Mechanisms of PPPD

Precipitants

1. Vestibular crisis
2. Medical event
3. Acute psychological distress



Acute Adaptation

1. Visual-somatosensory dependence
2. High-risk postural control strategies
3. Environmental vigilance

Predisposing Factors

1. Neurotic temperament
2. Pre-existing anxiety

Recovery

1. Neurotologic
2. Medical
3. Behavioral

Promoting Factors

1. Acute anxiety
2. Body vigilance

Behavioral Comorbidity

1. Anxiety disorders
2. Depressive disorders
3. Somatic symptom disorders

Perpetuating Factors

1. Visual dependence
2. Stiffened postural control
3. Decreased cortical integration

Provoking Factors

1. Upright posture
2. Motion of self
3. Visual demands
 - Moving stimuli
 - Complex patterns

MPPP/PPPD

Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD):
Consensus document of the committee
for the Classification of Vestibular Disorders
of the Bárány Society

Uno o más síntomas de mareo, inestabilidad o vértigo no rotatorio presentes la mayoría de los días desde hace al menos 3 meses.

Los síntomas persistentes ocurren sin un provocador específico, pero pueden exacerbarse por algunos de los siguientes: postura erguida, movimiento activo/pasivo sin relación a la dirección o posición o exposición a estímulos visuales en movimientos o complejos.

El trastorno se precipita por condiciones que causan vértigo, mareo o inestabilidad como SVA, SVC o SVE u otras condiciones médicas o neurológicas, así como estrés.

Los síntomas causan estrés significativo o limitación funcional.

No atribuible a otro diagnóstico

TRATAMIENTO

- ABORDAJE PEDAGÓGICO
 - Educación sobre los mecanismos implicados.
 - Estado de alerta-protección. Codificación predictiva.
 - Eliminar/Disminuir incertidumbres, miedos, nocebos.

”sentirse entendidos”



TRATAMIENTO:

- REHABILITACIÓN VESTIBULAR:
 - Exposición gradual y segura
 - Desensibilización central
 - Reeducación motora
 - Estrategias de afrontamiento



Open access

Review

BMJ Neurology Open

Virtual reality in functional neurological disorder: a theoretical framework and research agenda for use in the real world

David Brouwer,¹ Hamilton Morrin,^{2,3} Timothy R Nicholson,^{2,3} Devin B Terhune,^{2,4} Michelle Schrijnemaekers,⁵ Mark J Edwards,^{2,3} Jeannette Gelauff,¹ Paul Shotbolt^{2,3,6}

TRATAMIENTO: abordaje farmacológico (ORL)

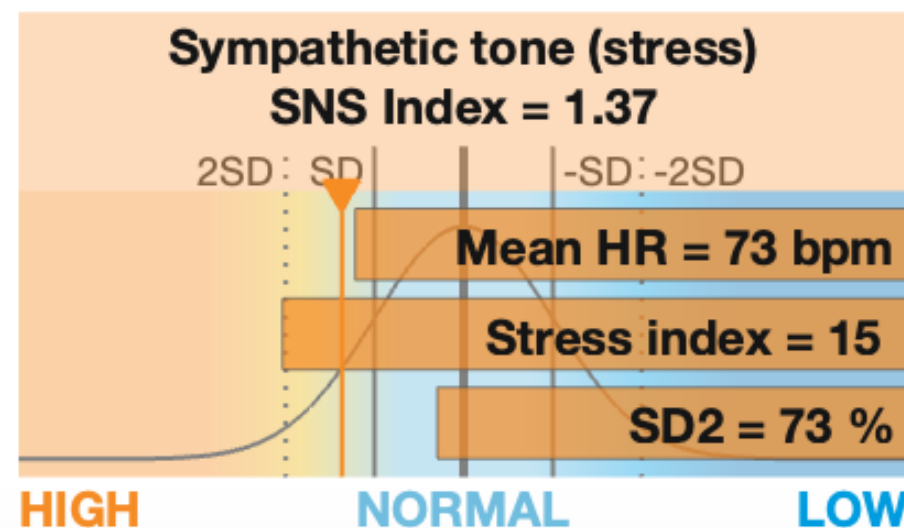
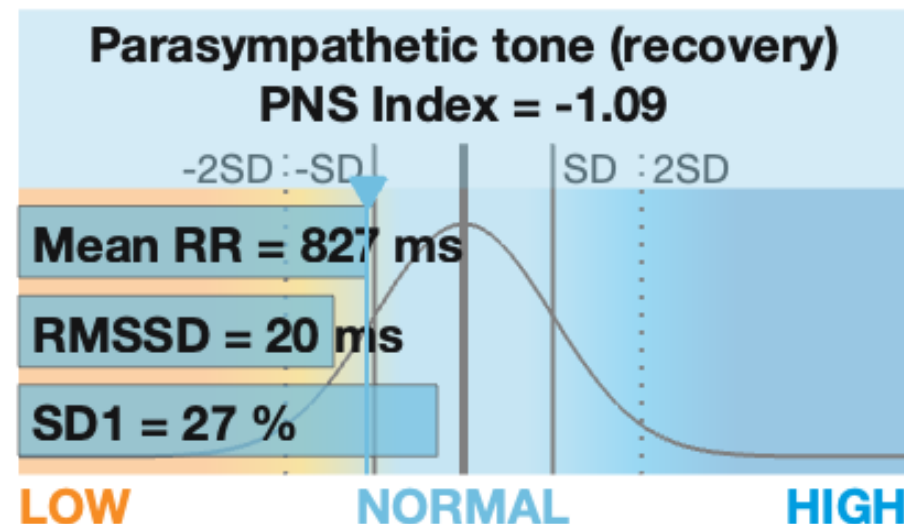


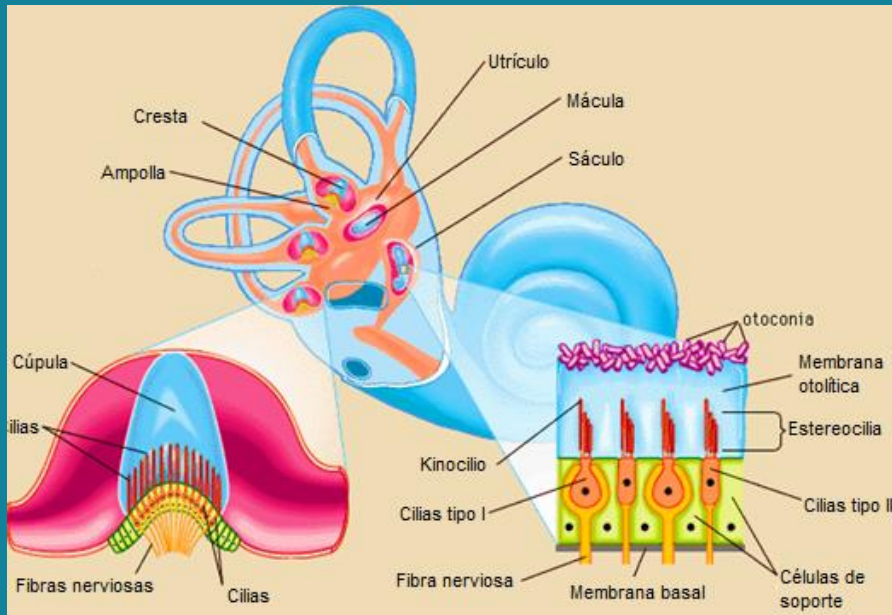
¿Qué papel juega la osteopatía?

- No hay evidencia en la literatura de carácter específico.
- La experiencia clínica nos dice que el control sobre el SNA en estas patologías funcionales puede ser una clave importante.

Kubios HRV - Results Overview

Sample 1 vs. Normal (resting) values





VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO (VPPB)

- Vértigo corto, de segundos a minutos de duración, casi siempre giratorio dependiente de los cambios de posición de la cabeza en el espacio, debido a la migración de residuos de calcio (otolito/otoconia) del ss. otolítico a los canales semicirculares.

eISSN 2444-7986
DOI: <https://doi.org/10.14201/orl201783.15655>

Artículo de revisión

GUÍA PRÁCTICA DEL VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO

Practical guideline for Benign Paroxysmal Positional Vertigo

José Ignacio BENITO-OREJAS¹; María PONCELA-BLANCO²; Laura DÍEZ-GONZÁLEZ²; Rafael ÁLVAREZ-OTERO²; Gabriel AGUILERA-AGUILERA³; Jean Franco INTRAPRENDENTE-MARTINI³; Erwin RACINES-ALAVA³; Ramón MARTÍNEZ³; María MARCO-CARMONA³; Hortensia SÁNCHEZ-GÓMEZ³; Raquel YÁÑEZ-GONZÁLEZ⁴; Rocío GONZÁLEZ-AGUADO⁵; Virginia FRANCO-GUTIÉRREZ⁵; Gloria GUERRA-JIMÉNEZ⁶; Ángel MAZÓN-GUTIÉRREZ⁶; Silvia GANCEDO⁷; Rafael PÉREZ⁷; Pablo SANTOS-GORJÓN⁸; Carmen SÁNCHEZ-BLANCO⁸; Francisco José GARCÍA-PURRIÑOS⁹; Cristina GASCÓN-RUBIO¹⁰; Fernando SALAZAR¹¹; Michael BAUER¹; José VALDA-RODRIGO¹²; Eduardo MENA-DOMÍNGUEZ¹³; Gabriel TRINIDAD-RUIZ¹⁴; Ángel BATUECAS-CALETRIO³

Comisión de Otoneurología de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja, España.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO.

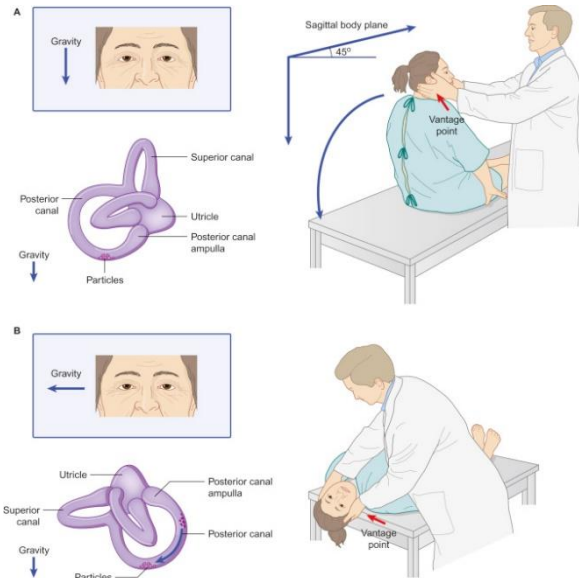
NO HAY EVIDENCIA DE EFECTIVIDAD CON TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO NI SON NECESARIAS PRUEBAS DE IMAGEN

VPPB

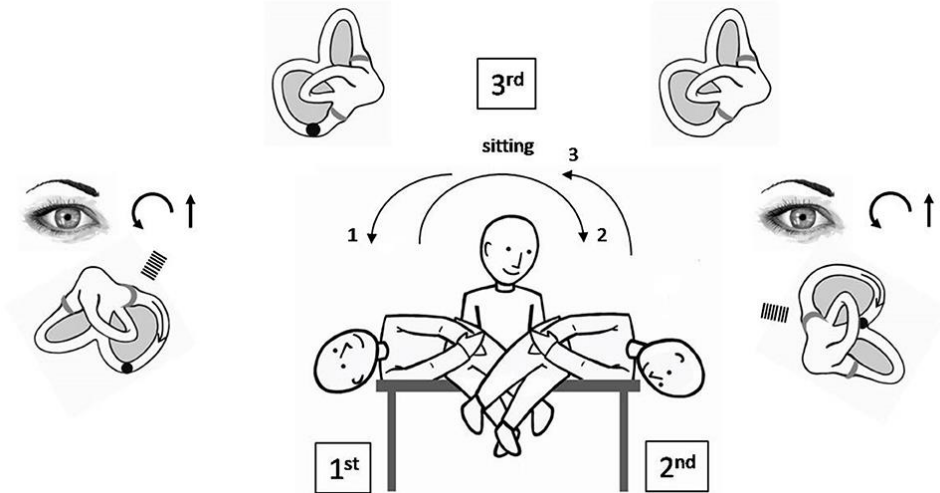
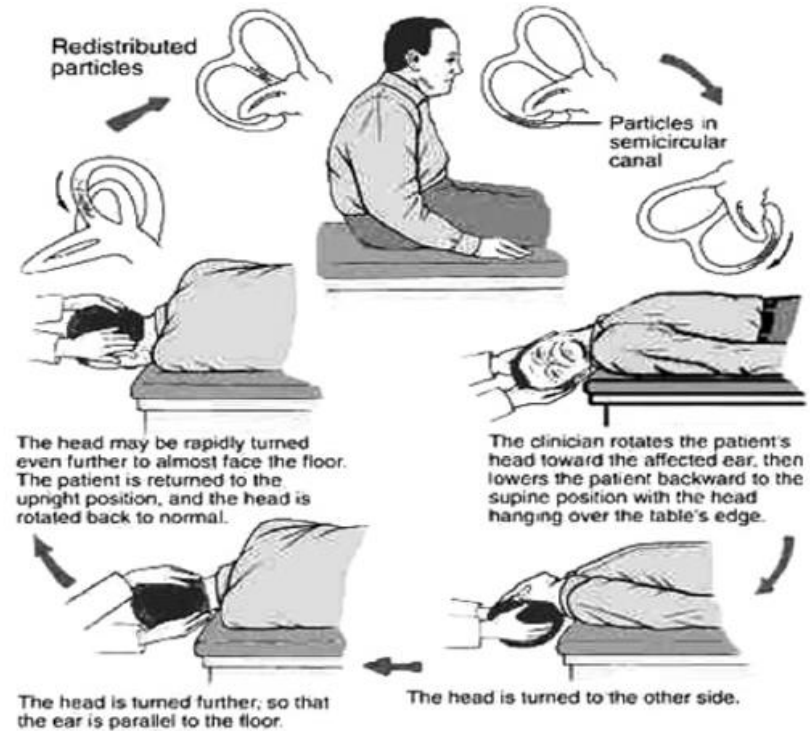
CONDUCTOLITIASIS	CANAL POSTERIOR	CANAL HORIZONTAL	CANAL ANTERIOR
FRECUENCIA	81-89% (+D)	8-17%	1-3%
PRUEBA POSICIONAL O DE PROVOCACIÓN	DIX HALLPIKE	ROLL TEST/MC CLURE	HEAD HANGING TEST (pos. Rose-HiperE)
MANIOBRA REPOSICIONAMIENTO /LIBERADORA (alta tasa de éxito: 80-92%)	EPLEY SEMONT	LEMPERT/BARBACOA GUFONI	YACOVINO
NISTAGMO	Vertical superior y torsional Dcho: antihorario Izq: horario	Horizontal GEO: + INTENSO	Vertical inferior

DIX HALLPIKE

EPLEY SEMONT



Epley Maneuver



VÉRTIGO/MAREO VASCULAR

- Accidente Cerebrovascular o Ataque Isquémico Transitorio.
- Infarto/Hemorragia laberíntica aislada
- Sde. De Compresión de la arteria vertebral
- 20% de los eventos isquémicos involucran a la circulación posterior
- SINTOMAS VESTIBULARES AGUDOS
- SÍNTOMAS Y SIGNOS NEUROLÓGICOS CENTRALES (HINTS), particularmente asociados a FRCV.
- IMPORTANCIA DEL DG. DIFERENCIAL

Journal of Vestibular Research

Impact Factor: **3.3**

5-Year Impact Factor: **3.3**

 Open access |    | Research article | First published online March 31, 2022

[Request permissions](#) 

Vascular vertigo and dizziness: Diagnostic criteria: Consensus document of the committee for the classification of vestibular disorders of the Bárány society

[Ji-Soo Kim](#) , [David E. Newman-Toker](#), [...], and [Michael Strupp](#)  [View all authors and affiliations](#)

[Volume 32, Issue 3](#) | <https://doi.org/10.3233/VES-210169>

VÉRTIGO/MAREO VASCULAR

Ante cualquier sospecha que tengamos de centralidad, derivar a urgencias lo antes posible.

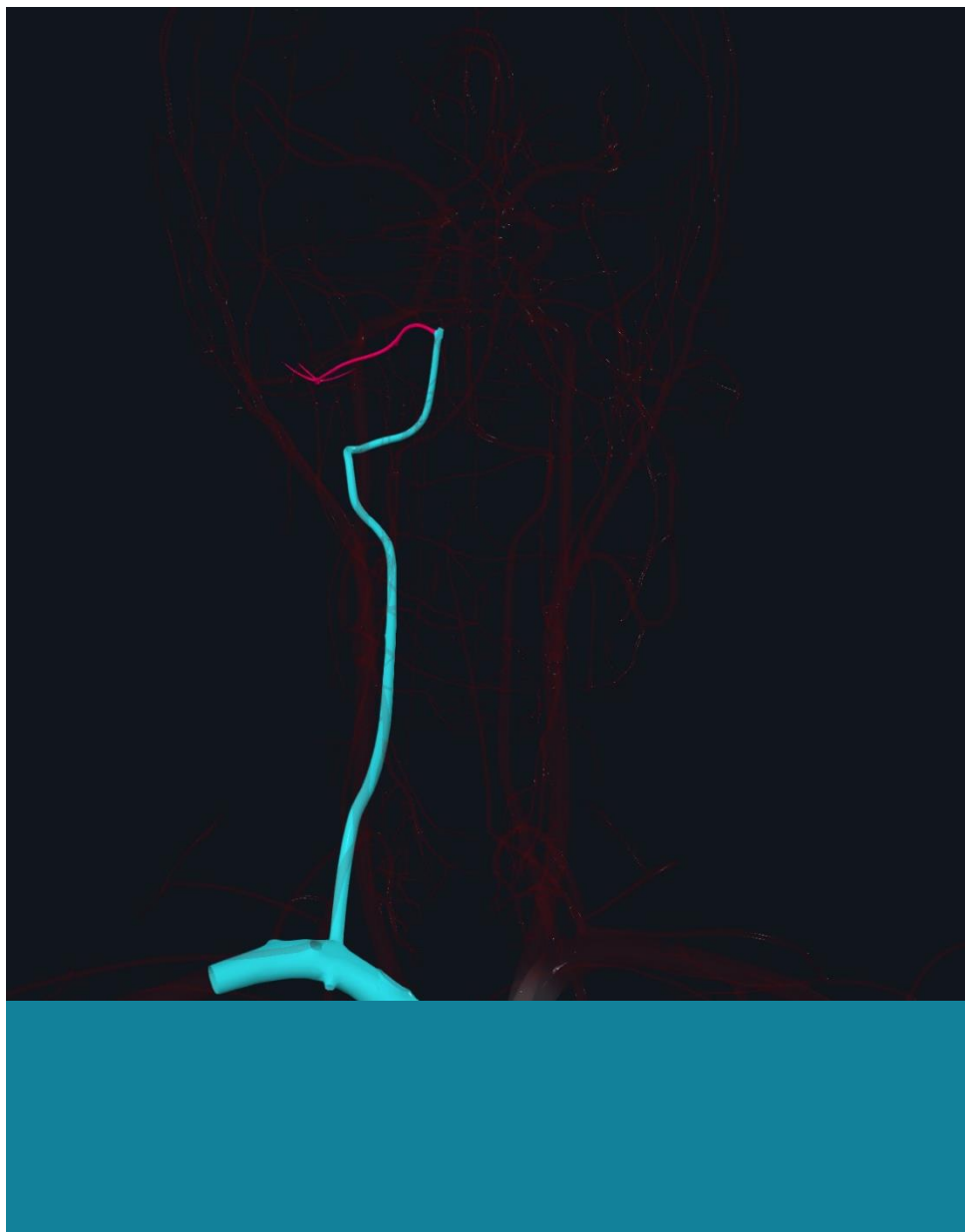
SOSPECHA FUERTE VÉRTIGO VASCULAR: SVA+FRCV

Confirmar con historia clínica y pruebas de imagen

SOSPECHA CAUSA VASCULAR: SVE NO POSICIONAL

EN MAREOS DE MINUTOS+FRCV.

Confirmar con historia clínica y pruebas de imagen



Síndrome de compresión de la arteria vertebral (VACS)

Se deben cumplir los criterios A-D para hacer el diagnóstico de VACS.

- A. Vértigo con o sin tinnitus provocado por una posición excéntrica sostenida del cuello, especialmente en una posición vertical del cuerpo¹⁾
- B. Presencia de nistagmo con los síntomas durante un ataque²⁾
- C. Ya sea 1) o 2) durante el movimiento provocativo de la cabeza³⁾
 - 1. Documentación de la compresión de la VA mediante angiografía dinámica
 - 2. Demostración de disminución del flujo sanguíneo en la circulación posterior utilizando Doppler transcraneal
- D. No se explica mejor por otra enfermedad o trastorno⁴⁾



Esta foto de Autor desconocido está bajo licencia [CC BY-SA-NC](#)

Lempert T, Olesen J, Furman J, et al. Vestibular migraine: Diagnostic criteria (Update)1: Literature update 2021. *Journal of Vestibular Research*. 2021;32(1):1-6. doi:[10.3233/VES-201644](#)

MIGRAÑA VESTIBULAR

- 1-2,7% población general.
- 11% clínicas especializadas ORL.
- 13% clínicas especializadas neurología.
- 65-85% de las pacientes son mujeres.
- Dg. Clínico.
- Pruebas vestibulares: no hay marcadores biológicos (al igual que la migraña).
- Superposición con la EM (Menière).
- Dg Diferencial: VPPB, AIT, paroxismia vestibular, ansiedad.
- Factores provocadores y medicación antimigraña.
- Migraña vestibular crónica.

MIGRAÑA VESTIBULAR (ICHD-3, 2013 y 2018)

Migraña vestibular (definida):

- Al menos 5 crisis de sintomatología vestibular de intensidad moderada-severa de entre 5 minutos y 72 horas de duración.
- Historia previa o actual de migraña con o sin aura de acuerdo a la ICHD
- Una o más características migrañosas en, al menos, el 50% de las crisis.
 - Dolor de cabeza con al menos dos de las siguientes características (unilateral, pulsátil, I severa-moderada, empeora con actividad física rutinaria)
 - Fotofobia o fonofobia
 - Auras visuales
- No atribuible a otro diagnóstico.

Probable Migraña Vestibular:

- Al menos 5 crisis de sintomatología vestibular de intensidad moderada-severa de entre 5 minutos y 72 horas de duración.
- Solo 1 de los criterios B y C.
- No atribuible a otro diagnóstico.

Diagnóstico del hidrops endolinfático mediante resonancia magnética de 3 T tras administración de gadolinio intratimpánico

Diagnosis of endolymphatic hydrops by means of 3 T magnetic resonance imaging after intratympanic administration of gadolinium

M. Tuñón Gómez^a, D.R. Lobo Duro^b, B. Brea Álvarez^a, J.R. García-Berrocal^c

^a Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

^b Servicio de Otorrinolaringología, Hospital El Escorial, Madrid, España

^c Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España

ENFERMEDAD DE MENIÈRE

- Prevalencia:
- Etiología multifactorial (factores genéticos y epigenéticos).
- Hidrops.
- Episodios de vértigo espontáneo, usualmente asociado a hipoacusia neurosensorial unilateral, acúfenos y plenitud ótica. Fluctuante y progresivo.
- Se relaciona con: VPPB, MV, PPPD.

Lopez-Escamez JA, Carey J, Chung WH, Goebel JA, Magnusson M, Mandalà M, et al. Diagnostic criteria for Menière's disease. J Vestib Res [Internet]. 2015;25(1):1–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25882471>

Van der Lubbe MFJA, Vaidyanathan A, Van Rompaey V, Postma AA, Brintjes TD, Kimenai DM, et al. The “hype” of hydrops in classifying vestibular disorders: a narrative review. J Neurol [Internet]. 2020 Dec 17;267(S1):197–211. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00415-020-10278-8>

ENFERMEDAD DE MENIÈRE (EM)

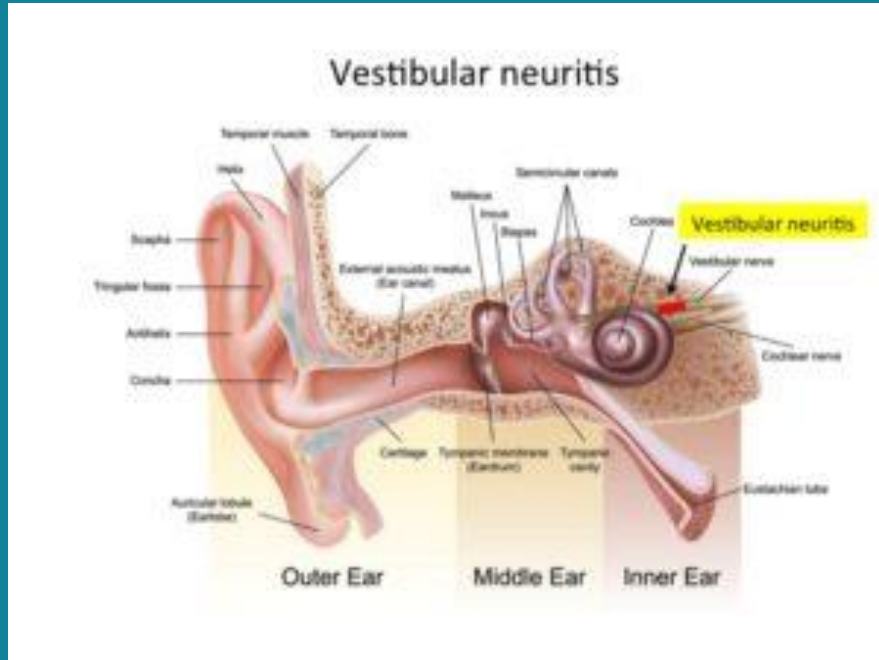
MD Definida

- 2 o más crisis de Vértigo Espontáneo de entre 20 minutos y 12 horas de duración
- Hipoacusia neurosensorial documentada en audiometría de frecuencias medias-graves en el oído afecto al menos una vez antes, durante o después de una crisis.
- Síntomas aurales fluctuantes (audición, acúfenos, plenitud, etc.) en el oído afecto.
- No atribuible a otro diagnóstico.

Probable MD:

- 2 o más crisis de Vértigo o Mareo de entre 20 minutos y 24 horas de duración.
- Síntomas aurales fluctuantes (audición, acúfenos, plenitud, etc.) en el oído afecto.
- No atribuible a otro diagnóstico.

NEURITIS VESTIBULAR



- Prevalencia hipofunción vestibular elevada (>75% en personas mayores de 70 años).
- Etiología: cuadros infecciosos o inflamatorios (herpes Zoster-Ramsay-Hunt), IQ, Traumatismos,, toxicidad, etc.
- Hipofunción unilateral: Ng. Espontáneo (que bate hacia el oído sano)
- Duración de horas a días con síntomas en reposo y en movimiento.

Hall CD, Herdman SJ, Whitney SL, Anson ER, Carender WJ, Hoppes CW, et al. Vestibular Rehabilitation for Peripheral Vestibular Hypofunction: An Updated Clinical Practice Guideline From the Academy of Neurologic Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. *Journal of Neurologic Physical Therapy* [Internet]. 2022 Apr;46(2):118–77. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/NPT.0000000000000382>

Strupp M, Bisdorff A, Furman J, Hornibrook J, Jahn K, Maire R, et al. Acute unilateral vestibulopathy/vestibular neuritis: Diagnostic criteria. *J Vestib Res*. 2022;32(5):389–406.

NEURITIS VESTIBULAR

Comienzo agudo o subagudo de Vértigo rotatorio o no rotatorio sostenido en el tiempo de intensidad moderada o severa y síntomas que duran al menos 24 horas.

Nistagmo vestibular espontáneo periférico.

- Normalmente horizonte-rotatorio con dirección fija y que aumenta sin fijación.

Evidencia no ambigua de déficit del VOR en el lado opuesto a la dirección del nistagmo.

No evidencia de signos neurológicos centrales, particularmente Skew deviation, nistagmo evocado por la mirada o signos auditivos agudos.

No atribuible a otro diagnóstico

VESTIBULOPATIA BILATERAL

Síndrome vestibular crónico con los síntomas siguientes

- Inestabilidad al caminar o en bipedestación en combinación con una de las siguientes:
- Visión borrosa inducida por el movimiento u Oscilopsia al caminar o en movimientos rápidos de la cabeza
- Empeoramiento de la inestabilidad en oscuridad o suelo irregular
- Ausencia de sintomatología sentado o tumbado en situaciones estáticas

Reducción bilateral (o ausencia) de la función del VOR documentada mediante:

- vHIT o Técnica scleral-coil
 - Ganancia inferior a 0,6 bilateral
- Prueba calórica
 - Suma pico máximo bilateral de SPV en cada lado inferior a 6°/seg.
- VOR Horizontal con ganancia inferior a 0,1 en estimulación sinusoidal en sillón rotatorio (0,1Hz a Vmax de 50°/seg) y una phase lead superior a 68 ° (constante de tiempo menor a 5 seg)

No atribuible a otro diagnóstico.

MAREO CERVICAL

- Rigidez y dolor cervical que se agravan con el movimiento
- Movilidad cervical gatilla el desequilibrio y/o mareo y/o vértigo
- La terapia dirigida al cuello mejora el dolor cervical, la rigidez y el mareo
- **NO HAY TESTS NI CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ACEPTADOS-DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN**
- **¿COINCIDENCIA TEMPORAL? ¿RELACIÓN, PERO NO BAJO UNA ETIOLOGÍA CERVICAL?**

The Bárány Society position on ‘Cervical Dizziness’

*MITO O REALIDAD
CONTROVERSA EN LA
LITERATURA*

MAREO CERVICAL

FALTAN PRUEBAS QUE RESPALDEN UN VÍNCULO MECANICISTA ENTRE VÉRTIGO (sensación ilusoria de automovimiento) Y PATOLOGÍA CERVICAL.

CUANDO UN MOVIMIENTO COMBINADO DE CABEZA Y CUELLO DESENCADENA UNA SENSACIÓN ILUSORIA DE VÉRTIGO, EXISTE UNA AFECCIÓN VESTIBULAR COMÚN SUBYACENTE (migraña o VPPB).

LA MIGRAÑA ES LA CAUSA MÁS COMÚN DE DOLOR CERVICAL Y SÍNTOMAS VESTIBULARES.

MOV DE CABEZA AGRAVA LOS SÍNTOMAS EN CASI CUALQUIER AFECCIÓN VESTIBULAR → AUMENTO TONO MUSCULATURA CERVICAL Y REDUCCIÓN DE LA MOVILIDAD.

MAREO CERVICAL

POSIBLES MECANISMOS TEÓRICOS: Dolor cervical puede promover reflejos vasovagales y cardioinhibitorios, y por lo tanto, por mecanismos presincopales, provocar una desorientación transitoria y/o inestabilidad.

SE NECESITA MÁS INVESTIGACIÓN EN ESTE TEMA.

SE ABSTIENE DE PROPONER NINGÚN CRITERIO DIAGNÓSTICO PRELIMINAR PARA USO CLÍNICO FUERA DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

ESTA POSICIÓN PUEDE CAMBIAR A MEDIDA QUE SE PROPORCIONEN NUEVAS EVIDENCIAS EN INVESTIGACIÓN.

MAREO CERVICAL

> [Health Sci Rep](#). 2019 Jul 26;2(9):e134. doi: 10.1002/hsr2.134. eCollection 2019 Sep.

Clinical characteristics in patients with cervicogenic dizziness: A systematic review

Mari Kalland Knapstad ^{1 2}, Stein Helge Glad Nordahl ^{1 2}, Frederik Kragerud Goplen ^{1 2}

Affiliations + expand

PMID: 31624772 PMCID: [PMC6784794](#) DOI: [10.1002/hsr2.134](#)

Background and aims: Cervicogenic dizziness (CD) is a clinical syndrome of dizziness associated with neck dysfunction. CD represents a considerable diagnostic challenge since dizziness and neck pain are common symptoms with complex and multifactorial etiologies. Both research and clinical work on CD is limited by the lack of accepted diagnostic criteria. The aim of this study was to review clinical studies on CD and to assess current evidence regarding the clinical characteristics of this syndrome.

Methods: A comprehensive PubMed and MEDLINE search was conducted from the date of inception of the database, with the last search conducted in September 2018. Included studies had to contain operable diagnostic criteria as well as a comparison between patients considered to have CD and a clinical comparison group. Data extracted were clinical outcomes, diagnostic criteria, age, sex, and sample size. Studies were assessed for methodological quality using the Crowe Critical Appraisal Tool.

Results: Out of 2161 screened studies, eight studies comprising 225 patients met the inclusion criteria. Studies were of low to acceptable methodological quality. The most frequent and consistent clinical characteristic in patients classified as having CD, compared with other populations, was reduced posturographic stability. The most consistent diagnostic criteria were based on the concurrence of neck pain with dizziness after exclusion of other possible reasons for dizziness.

Conclusion: There are few studies examining clinical characteristics in patients with cervicogenic dizziness. Altered posturography appeared to be the only consistent characteristic used when distinguishing CD from other populations. Diagnostic criteria currently used in research are likely to have low specificity, since they rest on the exclusion of other causes rather than on positive distinctive features. More studies are needed to better understand the clinical interrelations between dizziness and neck pain.

Keywords: dizziness; neck pain; proprioception; vertigo.

MAREO CERVICAL

> [J Neurol](#). 2024 Dec;271(12):7460–7470. doi: 10.1007/s00415-024-12711-8. Epub 2024 Oct 15.

Impact of proprioceptive cervical dizziness in chronic neck pain syndromes on gait and stance during active head–turn challenges

D Huppert ^{# 1 2}, T I Tsai ^{# 3}, S Richter ³, K Dunker ^{3 4}, J Gerb ³, B Wegener ⁵,
R M Zwergal ^{4 6}, M Wuehr ³, T Brandt ³

Affiliations + expand

PMID: 39404783 PMCID: [PMC11588840](#) DOI: [10.1007/s00415-024-12711-8](#)

Abstract

An earlier observational study described selected patients with acute neck pain syndrome, who experienced short bursts of cervical vertigo elicited by rapid head movements. The current study on a larger cohort of 20 patients with chronic or frequently recurring neck pain syndrome and age-matched controls focused on two major questions: (1) Can head movements in subjects with exacerbations of neck pain and restrictions of neck mobility also elicit bursts of vertigo? (2) What is the impact on postural balance measured by analysis of body sway and locomotion? A detailed questionnaire was applied, posture and gait were evaluated by use of instrumented posturography- and gait analysis with and without slow or rapid horizontal head rotations in the yaw plane with and without sight/visual input. All patients reported some or frequent episodes of dizziness in the range of seconds only elicited by rapid, not by slow head movements. Postural sway in patients was unremarkable in undisturbed conditions without head movements, but specifically increased by rapid but not slow head turns. The latter is best explained by the lack of continuous control of velocity and amplitude of saccadic head movements. Gait analysis revealed a slowed and cautious gait pattern already at undisturbed condition that was even exaggerated during rapid head turns. These observations demonstrate that chronic or recurrent neck pain is associated with episodic experiences of dizziness and above results in both chronic and episodic alterations of stance and gait that resemble those described for patients with phobic postural vertigo/persistent postural perceptual dizziness, a functional gait disorder.

MAREO CERVICAL

► BMC Musculoskelet Disord. 2025 Jul 5;26:659. doi: [10.1186/s12891-025-08899-z](https://doi.org/10.1186/s12891-025-08899-z) 

Is manual therapy effective for cervical dizziness? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials

[Andoni Carrasco-Uribarren](#) ^{1,✉}, [Luis Ceballos-Laita](#) ^{2,✉}, [Silvia Pérez-Guillén](#) ¹, [Sandra Jiménez-del-Barrio](#) ², [Pere Ramón Rodríguez-Rubio](#) ¹, [Daniel Pantaleón-Hernández](#) ¹, [Sara Cabanillas-Barea](#) ¹

► [Author information](#) ► [Article notes](#) ► [Copyright and License information](#)

PMCID: PMC12229031 PMID: [40618099](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40618099/)

Conclusion

In conclusion, the local manual therapy has better results to improve the impact, and the intensity of dizziness compared with global manual therapy treatment. The level of evidence was downgraded to very low due to the biases found in the studies included. Given the results and current evidence, it would be advisable to future research combine vestibular rehabilitation with local manual therapy treatment to investigate if the combination of both could achieve results above the minimal clinical important difference.

Conclusion

There is low to very low certainty evidence indicating a difference in effectiveness between upper cervical spine interventions and control/placebo treatments for improving the impact and intensity of dizziness in patients with cervical-related dizziness.

DEPENDENCIA VISUA

- **Sde. Funcional donde se observa un apoyo anormal de la información visual para mantener el equilibrio y la cognición espacial.**
- Mareo/inestabilidad/síntomas vegetativos en entornos complejos o en movimiento.
- Déficits vestibulares agudo/crónico.
- Desencadenante visual que produce un síntoma vestibular.
- Sociedad Bàràny: VÉRTIGO/MAREO INDUCIDO VISUALMENTE. SÍNTOMA QUE SE DESENCADENA POR UN ESTÍMULO VISUAL COMPLEJO, DISTORSIONADO, DE AMPLIO CAMPO O EN MOVIMIENTO, INCLUYENDO EL MOV. RELATIVO DEL ENTORNO VISUAL RESPECTO AL PROPIO CUERPO.
- Tratamiento: habituación para desensibilizar respuesta.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LOS PACIENTES



- EJERCICIO FÍSICO
- QUE NO SOBREPENSEN
- BUEN CONTROL FARMACOLÓGICO



**Escuela Osteopatía
de Madrid** *Internacional*

europeanjournalosteopathy.com