



**Escuela Osteopatía
de Madrid** *Internacional*

SEMINARIO ORL VPPB

Lorena Alba Rosales



Müller R, Zangger P, Straumann D, Bögli SY. Dizziness and benign paroxysmal positional vertigo among retirement home residents: a cross-sectional descriptive and interventional study. BMC Geriatr [Internet]. 2022 Dec 12 [cited 2022 Apr 5];22(1):120. Available from: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-022-02818-w>

Geser R, Straumann D. Referral and Final Diagnoses of Patients Assessed in an Academic Vertigo Center. Front Neurol. 2012;3.

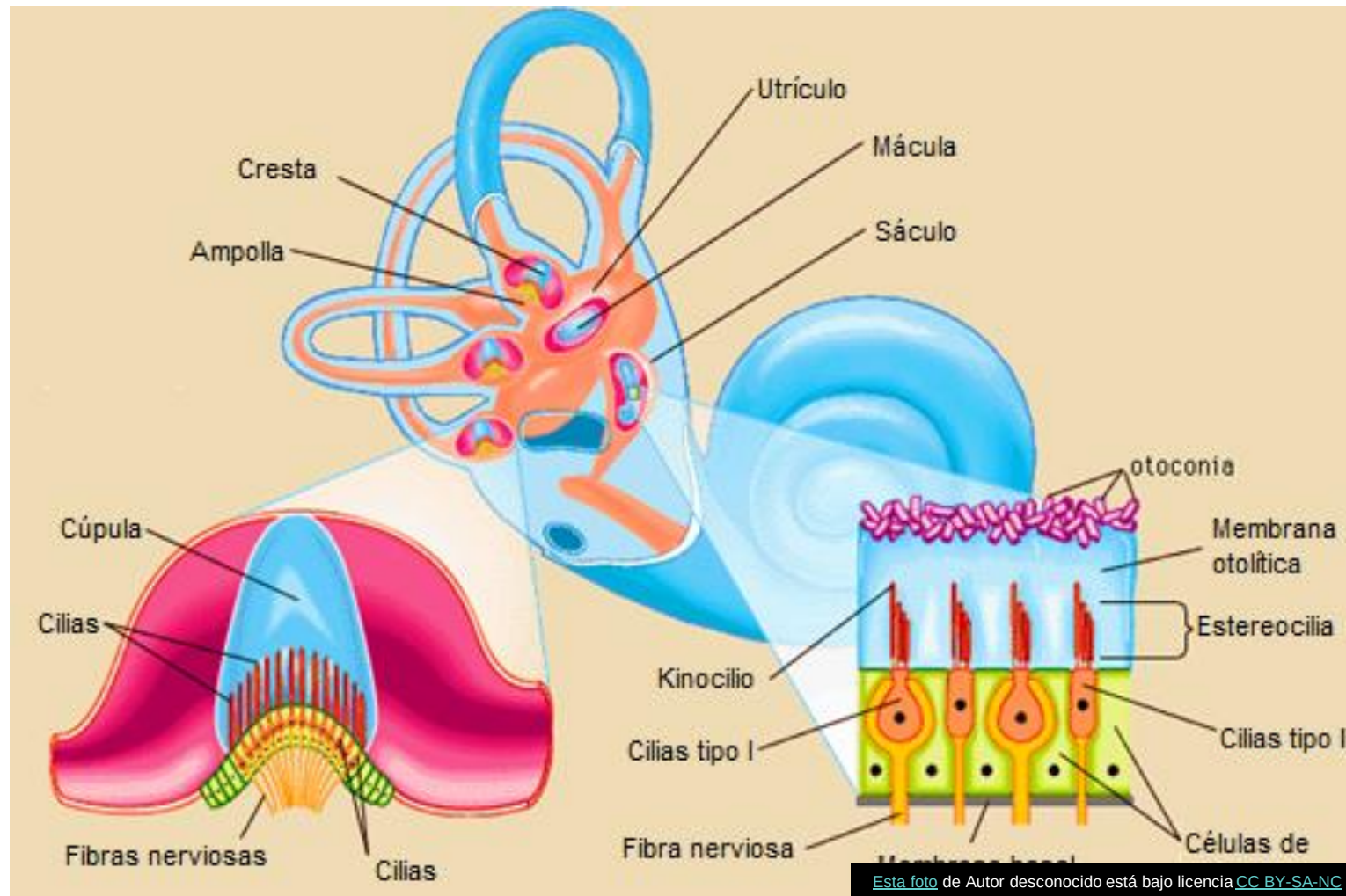
Von Brevern M, Bertholon P, Brandt T, Fife T, Imai T, Nuti D, et al. Benign paroxysmal positional vertigo: Diagnostic criteria. Journal of Vestibular Research [Internet]. 2015 Oct 15 [cited 2022 Mar 15];25(3,4):105–17. Available from: <https://www.medra.org/servlet/aliasResolver?alias=iospress&doi=10.3233/VES-150553>

VPPB

- Prevalencia 2,4 % a lo largo de la vida
- 25-33% adultos mayores de 70 años que sufren “vértigo-mareo”. >mujeres.
- Duración media 2 semanas (1/3 refiere síntomas >1mes)
- DEF:

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 del ss. Otolítico a los canales semicirculares (Otolitos/otoconias)

SISTEMA VESTIBULAR

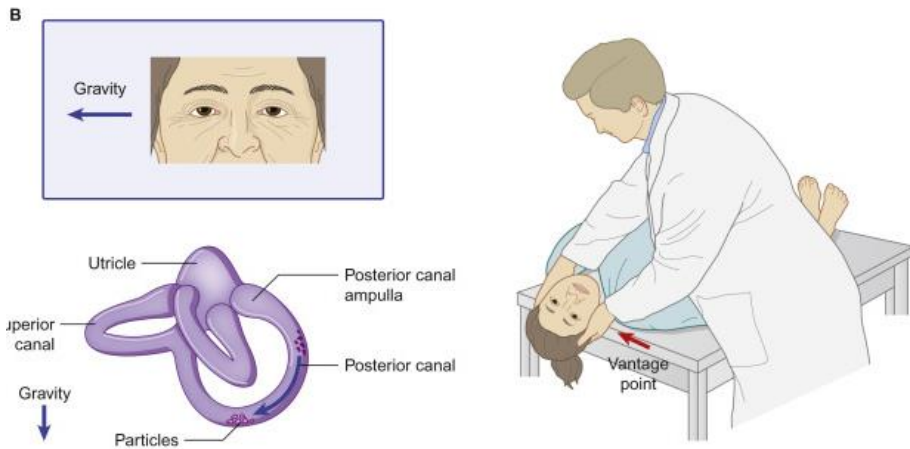
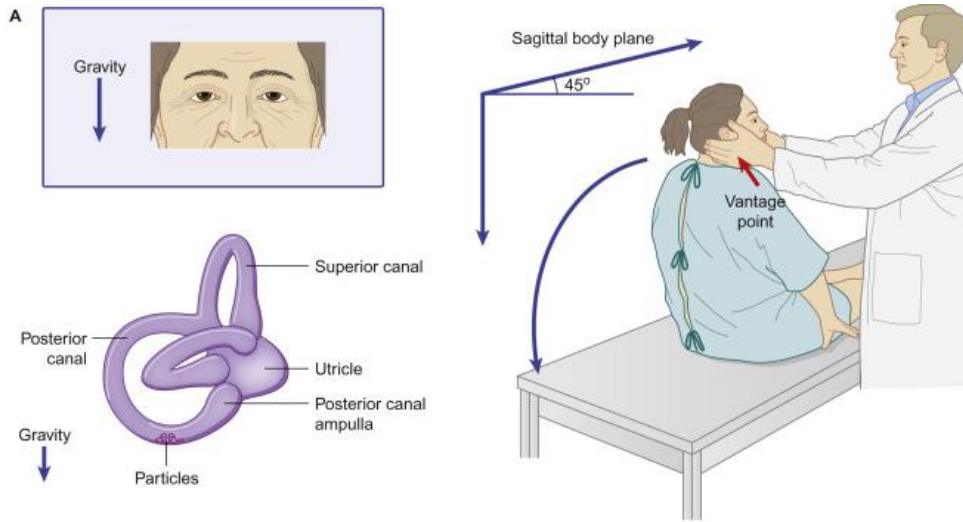


NISTAGMO: dirección, sentido, latencia y duración.

	CONDUCTOLITIASIS	CUPULOLITIASIS
LATENCIA	1-4 s. (no >10 s)	Inapreciable
CURSO	Paroxístico (crescendo/decrescendo)	Persistente
DURACIÓN	Máx. 1 minuto	Constante dependiendo de la posición

VPPB

	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	DIX HALLPIKE/Pos. Rose
MANIOBRA REPOSICIONAMIENTO /LIBERADORA (alta tasa de éxito: 80-92%)	EPLEY SEMONT	LEMPERT/BARBACOA GUFONI APIANI/GUFONI INVERTIDO ZUMA	YACOVINO SEMONT INVERTIDO EPLEY INVERTIDO
NISTAGMO	Vertical superior y torsional Dcho: antihorario Izq: horario	Horizontal GEO: + INTENSO AGEO - INTENSO	Vertical inferior



CONDUCTOLITIASIS DEL CSP

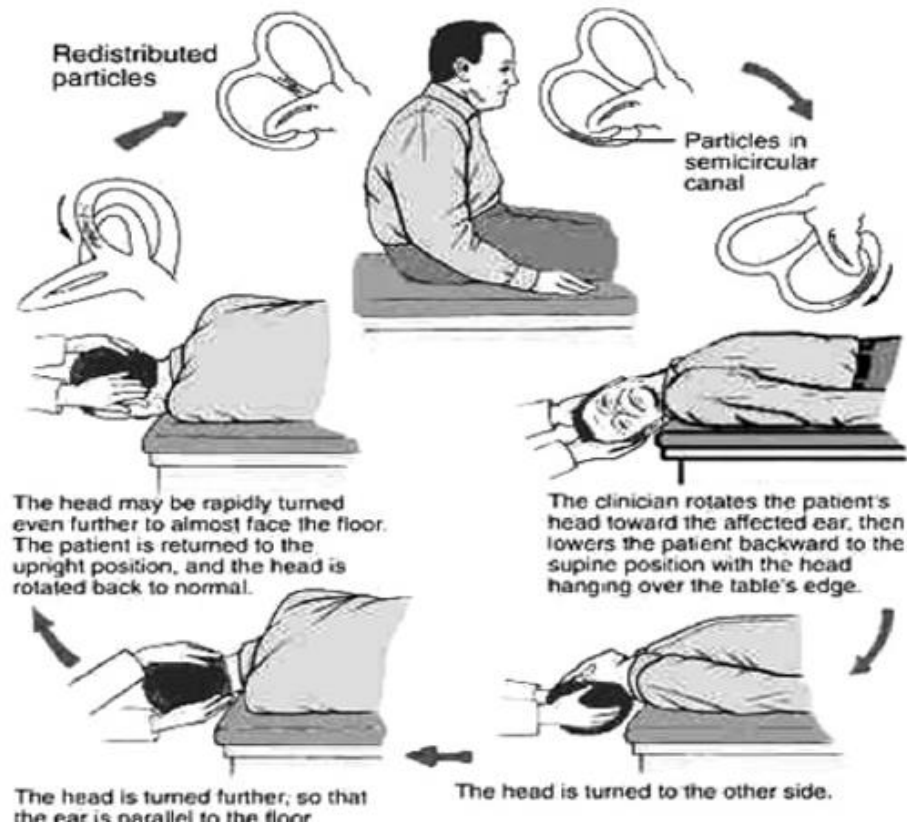
- Mov verticales (extension cervical).
- Prueba de Dix-Hallpike (E + Rot 45° hacia el lado a evaluar).
- Ng vertical superior y rotación hacia el oído patológico.
 - Derecho: antihorario
 - Izquierdo: horario
- Inversión del Ng.

CONDUCTOLITIASIS DEL CSP

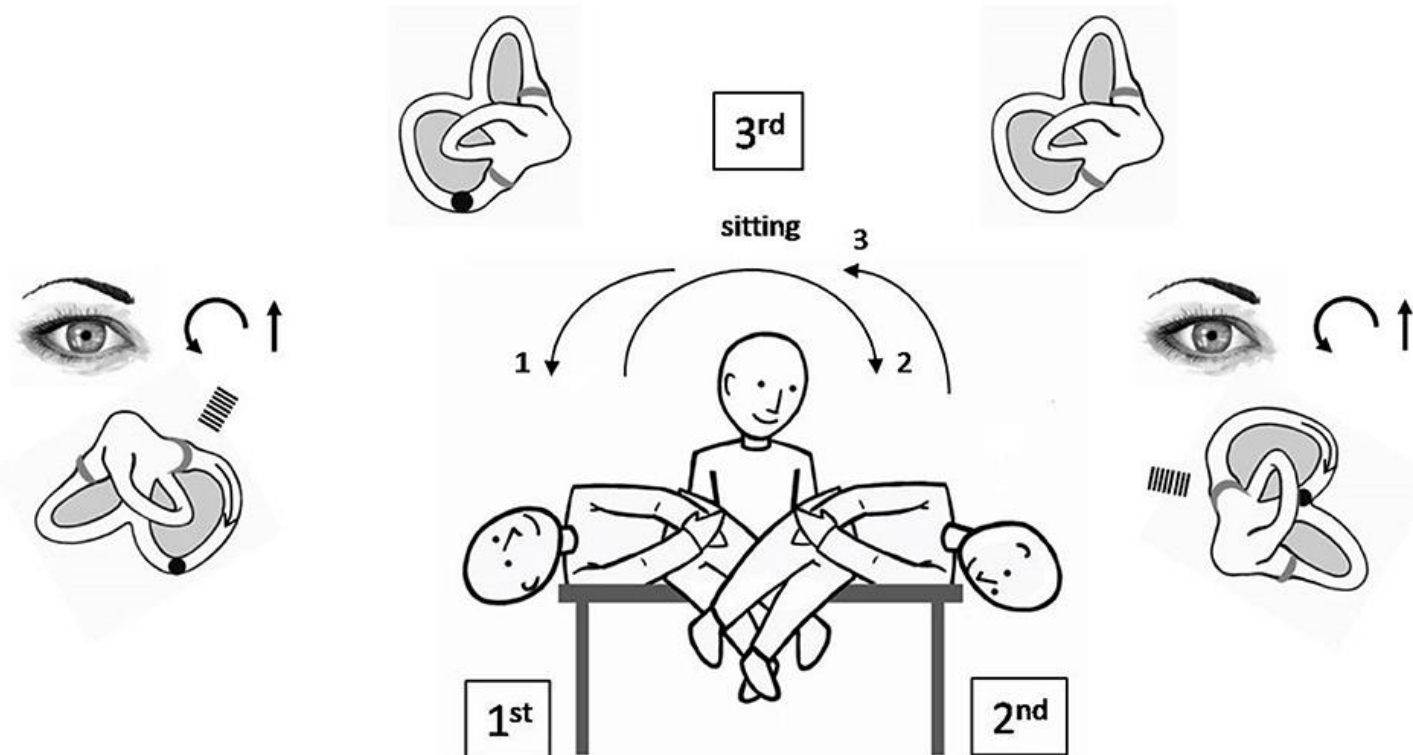
- Los criterios diagnósticos según la ICVD son:
 - A. Ataques recurrentes vértigo o mareo posicionales al tumbarse o girarse en supino.
 - B. Duración de las crisis inferior a 1 min.
 - C. Presencia de nistagmo posicional (con latencia de pocos segundos) durante maniobra de Dix-Hallpike o maniobra Diagnóstica de Semont.
 - Este nistagmo tendrá una cualidad vertical-torsional hacia el oído afecto (ascendente y rotatorio).
 - D. No atribuible a otro diagnóstico

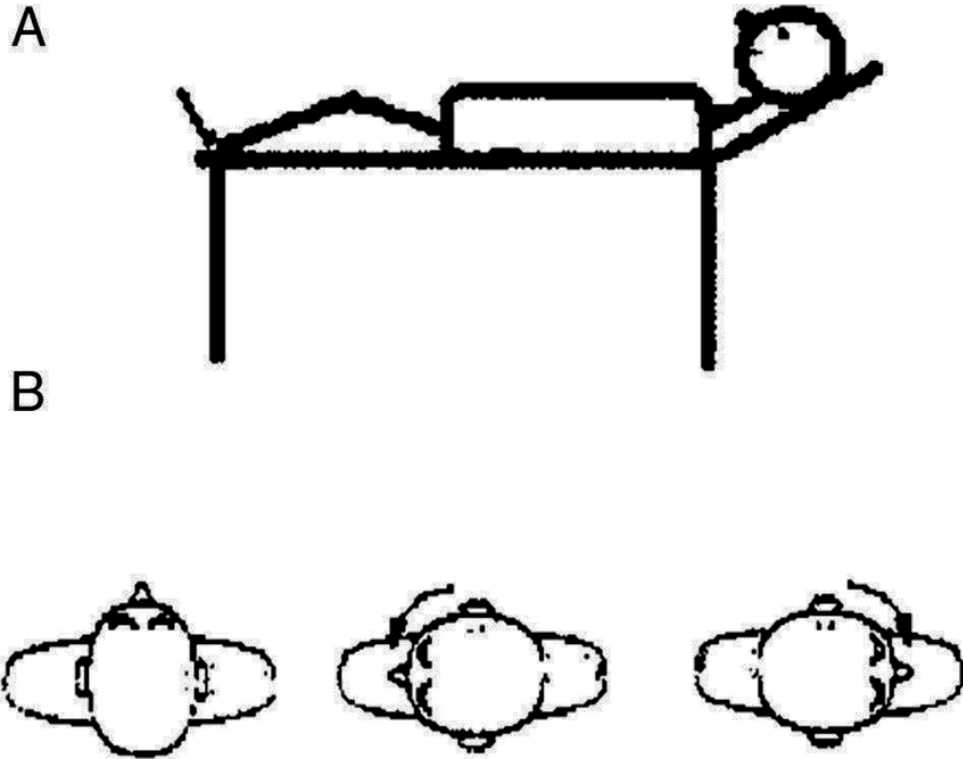
EPLEY

Epley Maneuver



SEMONT





ROLL TEST/MC CLURE

CONDUCTOLITIASIS CH:

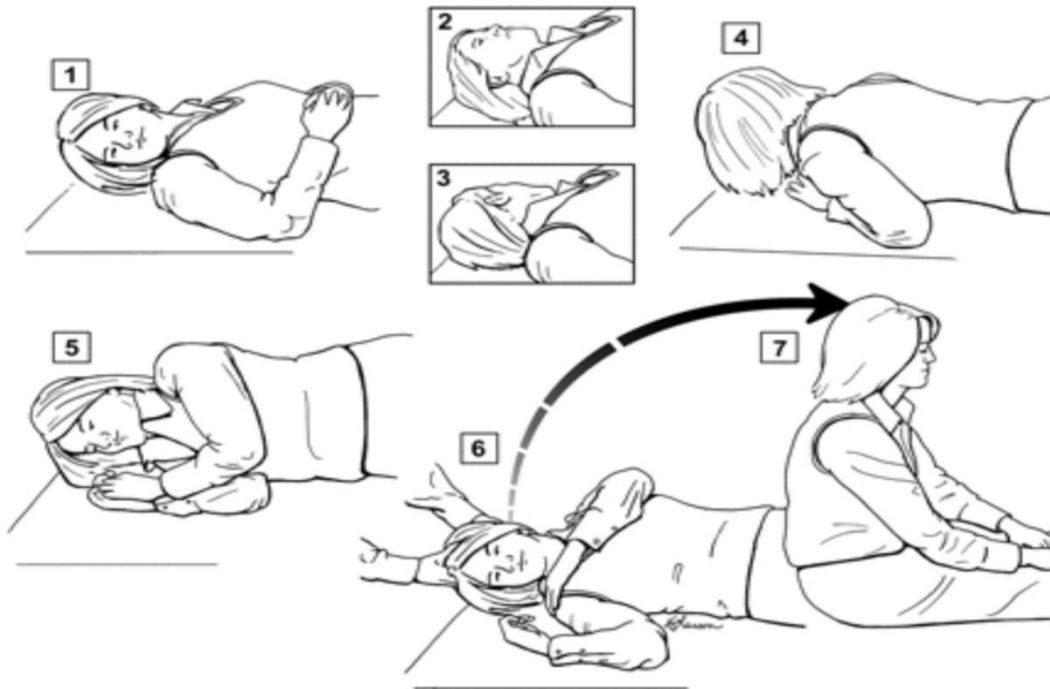
- Mov. Horizontal de la cabeza – supino con leve F (30°) y rotación 90°.
- Prueba de Roll Test/Mc Clure.
Ng horizontal:
- Brazo posterior: geotrópico + intensidad
- Brazo anterior: ageotrópico/apogeotrópico – intensidad

CONDUCTOLITIASIS DEL CH

Sus criterios diagnósticos según la ICVD son:

- A. Ataques recurrentes de Vértigo Posicional o Mareo Posicional, provocado al tumbarse o girarse en supino.
- B. Duración de las crisis inferior a 1 min.
- C. Presencia de nistagmo posicional (con latencia de pocos segundos) durante roll test.
 - Este nistagmo tendrá una cualidad geotrópica.
- D. No atribuible a otro diagnóstico.

BARBACOA/LEMPERT



GUFONI



The individual assumes a sitting position with the head in neutral



The individual is moved into a left side-lying position (healthy side)



The individual's head is rotated 45 degrees to the left and remains in this final position for 2-3 mins



The individual is then sit up

CONDUCTOLITIASIS DEL CSA

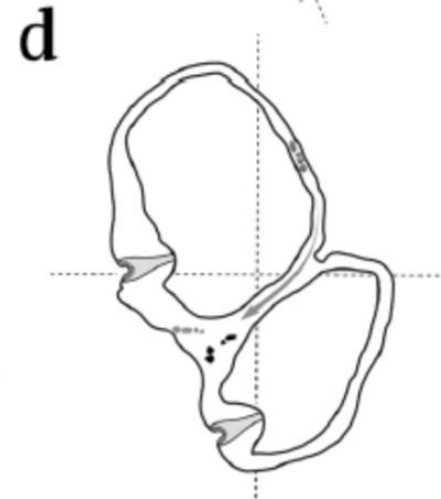
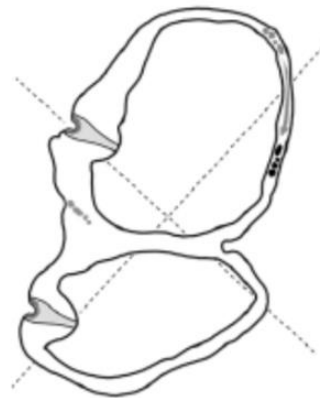
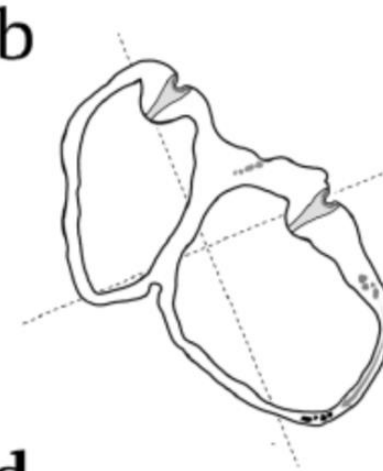
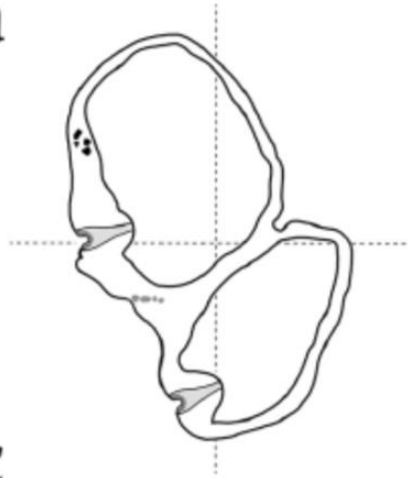
Maniobra de Dix-Hallpike o Head Hanging Test (HiperE de cabeza en posición neutra)

Ng vertical inferior (Downbeat) y rotatorio

Sus criterios diagnósticos son:

- A. Ataques recurrentes de Vértigo Posicional o Mareo Posicional, provocado al tumbarse o girarse en supino.
- B. Duración de las crisis inferior a 1 min
- C. Presencia de nistagmo posicional (con latencia de pocos segundos) durante maniobra de Dix-Hallpike bilateral o en el head-Hanging test.
 - Este nistagmo tendrá una cualidad vertical-torsional hacia el oído afecto (caudal y rotatorio)
- D. No atribuible a otro diagnóstico

YACOVINO



VPPB PROBABLE, ESPONTÁNEAMENTE RESUELTO

Paciente con ausencia de ng en las pruebas de provocación, pero con síntomas sugerentes de vppb, pues es posible que el número de partículas sea insuficiente para generar el ng posicional. No descarta su diagnóstico.

FRECUENTE EN LA PRACTICA CLÍNICA



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

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-GUTIÉRREZ⁵; 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-CALETRÍO³

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

VPPB

Recordar que en patología vestibular es frecuente la asociación de diagnósticos pudiendo convivir varias entidades simultáneamente (Ej. Ménière, neuritis, migraña, PPPD...)