

Efectividad de las maniobras de Epley y Semont con rehabilitación vestibular en el tratamiento del vértigo postural paroxístico benigno

*Meza-Morales Rosa Basilia, **Gallardo-Ollervides Francisco José.

Resumen

Objetivo. Determinar la efectividad de las maniobras de Semont y Epley para el tratamiento del vértigo postural paroxístico benigno con el uso de collarín cervical y ejercicios de rehabilitación vestibular, sin recurrir a cualquier otra maniobra o medicamento (por ejemplo, frenadores laberínticos). **Diseño.** Estudio prospectivo clínico analítico realizado en 40 pacientes, divididos en dos grupos de 20 individuos cada uno, que presentaban un cuadro de vértigo postural benigno, diagnosticado con maniobra de Dix-Hallpike positiva. A 20 pacientes se les aplicó maniobra de reposición canalicular Epley, y a otros 20 maniobra de Semont. Se colocó collarín cervical por 48 horas y se realizó valoración posterior. Luego de ello, los pacientes continuaron con ejercicios de rehabilitación vestibular. **Resultados.** No se observaron diferencias significativas de uno a otro grupo en cuanto a resultados, ya que la disminución en la intensidad del cuadro fue la misma con una u otra maniobra: al mes de realizadas las maniobras, se observó poca recurrencia tanto en quienes se aplicó Semont como en aquellos a los que se realizó Epley. **Conclusiones.** Las maniobras de Semont y Epley son efectivas si se realizan correctamente en pacientes con vértigo postural paroxístico benigno, descartando otras patologías y sin necesidad de algún otro tipo de maniobra o tratamiento médico.

Palabras clave: vértigo postural paroxístico benigno, maniobra de Dix-Hallpike, maniobra de Semont, reposición canalicular Epley.

Abstract

Objective. To determine the effectiveness of Semont and Epley maneuvers for treatment of benign paroxistic postural vertigo using spinal collar and vestibular rehabilitation exercises, without resorting any other maneuver or medicine (for example, labyrinthic restrainers). **Design.** Analytical clinical prospective study made in 40 patients, divided in two groups of 20 individuals each one, that displayed a picture of benign postural vertigo, diagnosed with positive Dix-Hallpike maneuver. On 20 patients, canalicular Epley replacement maneuver was applied, and to other 20 maneuver of Semont. Spinal collar was placed by 48 hours and later valuation was made. After it, patients continued with vestibular rehabilitation exercises. **Results.** No significant differences were observed on both groups as far as results, since the diminution in the intensity of the picture was the same on both maneuvers: to month of made the maneuvers, little recurrence was observed in those with Semont, like in those with Epley. **Conclusions.** Correctly applied, Semont and Epley maneuvers are effective in patients with benign paroxistic postural vertigo, discarding other pathologies and with no need some other type of maneuver or medical treatment.

Key words: benign paroxistic postural vertigo, Dix-Hallpike maneuver, Semont maneuver, Epley canalicular replacement.

*Especialista en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. **Médico adjunto al servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Central Militar, México.

Introducción

En el presente estudio, se examinó a 40 pacientes con cuadro de vértigo súbito provocado por cambios de posición. En la exploración física, se corroboró tal cuadro mediante la maniobra de Dix-Hallpike. Al aplicarla, se identificó nistagmo geotrópico rotatorio torsional, el cual está dado —en la mayoría de los casos— por la presencia de partículas de las otoconias que se encuentran flotando libres en la endolinfa del canal semicircular posterior.

Son muchas las definiciones de vértigo. Una de ellas lo refiere como sensación de inestabilidad o giro, con pérdida del equilibrio, o rotación ocasionada por alteraciones de los canales semicirculares del oído medio y el núcleo vestibular del sistema nervioso central.

El vértigo se presenta cuando —en ausencia de movimiento real—, por una u otra causa se estimula o inhibe uno de los dos órganos vestibulares, lo cual produce asimetría en los impulsos nerviosos transmitidos al cerebro y genera movimientos oculares compensatorios con presencia de nistagmo.¹

En 1921, Barany describió al vértigo postural paroxístico como la patología vestibular que presenta un nistagmo característico luego de realizar cambios en la posición de la cabeza.^{1,2}

A partir de 1952 se utilizó el término vértigo postural paroxístico benigno, introducido por Dix y Hallpike, que describieron la maniobra que lleva su nombre como criterio necesario para el diagnóstico de la enfermedad.

Esta patología se describe también como resultado de daños o alteraciones degenerativas de las otoconias que flotan en la endolinfa de los canales semicirculares (canalolitiasis), o de adherencia de éstas a la cúpula del canal semicircular (cupulolitiasis). Recientes estudios han demostrado que la canalolitiasis puede ser causa primaria en la fisiopatología del vértigo postural paroxístico benigno.¹⁻⁴

La teoría de la cupulolitiasis establece que las partículas de la otoconias en la porción utricular del ámpula del canal semicircular del lado afectado causan depleción y, en consecuencia, contracción de los músculos rectos superiores ipsolaterales al canal semicircular posterior en cuestión, con relajación de los músculos contralaterales inferiores.^{5,6}

Por su parte, la teoría de la canalolitiasis sostiene que el nistagmo que aparece durante los cambios de posición

de la cabeza se debe a que las partículas flotantes libres de las otoconias dentro del canal semicircular posterior responden a la fuerza de gravedad. A ello se debería la densidad de dichas partículas, las cuales se moverían a lo largo del canal, induciendo así el estímulo de la cúpula por el líquido endolinfático. Ello iniciaría un cuadro de vértigo súbito, el cual caracteriza al vértigo paroxístico benigno.⁵

El vértigo postural paroxístico benigno presenta en forma típica ataques frecuentes de vértigo, caracterizado por nistagmo torsional provocado por los movimientos de la cabeza, con una latencia aproximada de 5 a 20 segundos. Estos ataques se acompañan de un cuadro vertiginoso que rápidamente aumenta su intensidad con los cambios de posición de la cabeza, y ello produce ansiedad y angustia en el paciente. Puede presentarse nistagmo geotrópico, el cual ocurre cuando se regresa al paciente a la posición de sentado luego de la maniobra de Dix-Hallpike. Son tres las formas de vértigo postural benigno.^{2-4, 7, 8}

- **Autolimitada.** Es la forma más común, ocurre en forma súbita y se resuelve luego de semanas a meses. No se desarrollan recurrencias.
- **Recurrente.** En ella, a partir de un cuadro inicial, después de varias semanas o años de ocurrido éste se observan episodios de vértigo y remisiones.
- **Permanente.** Dura sin interrupciones hasta por un año. Esta última forma es la más difícil de tratar, e incluso puede considerársele intratable a largo plazo.

En los casos en que, a pesar de las maniobras, se clasifica como intratable al vértigo postural paroxístico benigno, debe destacarse la asociación con la enfermedad de Ménière de un lado en particular, acompañada por vértigo postural paroxístico benigno en el mismo lado.⁸⁻¹²

El diagnóstico de este padecimiento se basa, sobre todo, en la historia clínica y en la exploración que arroja los datos antes mencionados.

En la actualidad se sabe que, por lo general, la mayor parte de los casos de vértigo postural paroxístico benigno se debe a canalolitiasis. Las estrategias de tratamiento se basan en el conocimiento de la fisiopatología del canal afectado y han suplantado a los tratamientos agresivos. En particular, un tratamiento único mediante las maniobras de reposición canalicular (Epley) o liberadora (Semont) puede proporcionar un alto grado de beneficio al paciente

con vértigo postural benigno. Después de la aplicación de una u otra maniobra, se agregan al tratamiento ejercicios de rehabilitación vestibular.⁹⁻¹¹

Material y métodos

El presente estudio es prospectivo y clínico; en él se comparan dos métodos de tratamiento del vértigo postural benigno. Para efectuarlo, se recolectó información desde febrero de 2002 hasta febrero de 2003, en dos grupos de 20 pacientes cada uno pertenecientes a ambos sexos (28 mujeres y 12 hombres). Los rangos de edad fueron, para mujeres, de 15 a más de 50 años, y para hombres de 35 a más de 70.

Se incluyó a pacientes que referían vértigo al mover la cabeza y que en la exploración física obtuvieron Dix-Hallpike positiva con presencia de nistagmo torsional geotrópico agotable unilateral hacia el lado afectado izquierdo o derecho, con desaparición del vértigo al fijar la mirada. Otro criterio de inclusión consistió en no haber ingerido frenadores laberínticos previamente o durante el cuadro de vértigo.

Se excluyó a sujetos con historia de tratamiento quirúrgico o médico neurológico, alteraciones metabólicas descompensadas o lesiones secundarias a insuficiencia vascular cerebral.^{6, 10-13}

Ambos grupos fueron valorados en la consulta externa de Otorrinolaringología y en el Servicio de Urgencias. En la revisión se emplearon lentes de Frenzel, otoscopio, diapasones, mesa de exploración, collarín cervical y audiómetro. La recolección de datos se llevó a cabo mediante exploración física e interrogatorio, utilizando un formato prediseñado.

Ya diagnosticados los pacientes, se les realizaron las maniobras de Semont o de Epley, y tras colocarles collarín

cervical por 48 horas se les revaloró con la realización de la maniobra diagnóstica de Dix-Hallpike. A partir de este instante, los pacientes iniciaron ejercicios de rehabilitación vestibular, una vez al día durante 15 días.

Se aplicó a los participantes evaluación mensual durante cuatro meses; en las sucesivas evaluaciones, se anotaron datos e incidentes, así como respuesta o ausencia de respuesta al tratamiento. También se especificó en cuánto tiempo cada paciente obtuvo o no respuesta, o si fue necesario realizarse de nuevo alguna de las maniobras. En los informes, se anotaron las complicaciones observadas durante el tratamiento.

En estudios similares al presente, otros autores demostraron remisión total del cuadro vertiginoso en 80% de los casos con la maniobra de Epley a los dos meses de iniciado el tratamiento; con la maniobra de Semont, se observó remisión del cuadro a los dos meses en 70%. En ambos casos, el tratamiento incluyó rehabilitación vestibular subsecuente a cada una de las maniobras realizadas.

Análisis estadístico

Se distribuyó a los participantes en dos grupos para comparar la efectividad de las maniobras de Epley y Semont en el tratamiento del vértigo postural paroxístico benigno. Mediante el método de la *t* de Student, se obtuvieron como resultados una tendencia central y otra de dispersión, con la media y la desviación estándar respectivamente; al comparar los resultados de uno y otro métodos, se obtuvo una significancia nula (**Tabla 1**). Por su parte, los resultados concernientes a la progresión del cuadro tras la realización de ambas maniobras se ilustran en la **tabla 2** y la **figura 1**.

Tabla 1. Media, desviación estándar y significancia al aplicar las maniobras de Epley y Semont.

Valores	Epley	Semont
Promedio	18.67	16.67
Desviación estándar	1.506	2.066
Promedio de columna A	18.67 ± 0.6146 (n = 6)	
Promedio de columna B	16.67 ± 0.8433 (n = 6)	
Diferencia entre promedios	2.000 ± 1.043	
Intervalo de confianza entre ambos (95%)	- 4.325 a 0.3249	
Valor de <i>p</i> = 0.0843	Valor de <i>p</i> para significancia = 0.050	

Tabla 2. Resolución del cuadro vertiginoso con las maniobras de Epley y Semont.*

	48 horas	15 días	Primer mes	Segundo mes	Tercer mes	Cuarto mes
Epley	80% (n = 16)	90% (n = 18)	95% (n = 19)	95% (n = 19)	100% (n = 20)	100% (n = 20)
Semont	65% (n = 13)	80% (n = 16)	85% (n = 17)	85% (n = 17)	90% (n = 18)	100% (n = 20)

*Los respectivos números de pacientes (n) y porcentajes corresponden a la remisión del vértigo en los lapsos indicados. Como se observa, los índices de remisión del cuadro fueron semejantes con una u otra maniobra, además de crecientes conforme transcurrió el tiempo, hasta alcanzar una remisión total al cuarto mes de tratamiento sin importar cuál fue la maniobra aplicada.

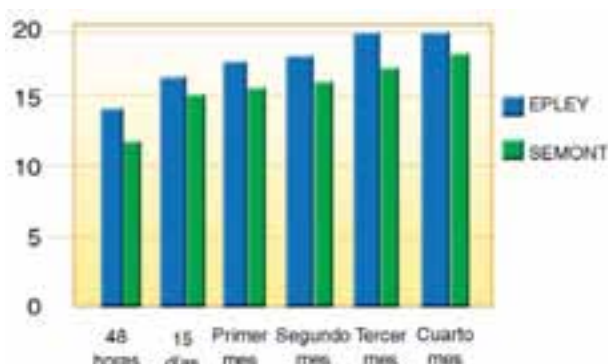


Figura 1. Número de pacientes por maniobra aplicada y tiempo en el que remitió el vértigo.

Resultados

La etiología del vértigo postural paroxístico benigno permanece desconocida. De los pacientes examinados en el presente estudio, la mayoría (36) desarrolló el cuadro de vértigo en forma súbita, y el resto de los participantes (4) tenía antecedentes de traumatismo.

El lado mayormente afectado fue el izquierdo (21 pacientes), en tanto que en 19 de los pacientes se observó afectación del lado derecho. La distribución en cuanto a sexo fue mayor entre mujeres (28) que entre hombres (12).

Si bien los rangos de edad de los participantes fueron de 15 a más de 50 años (mujeres) y 35 a más de 70 (hombres), las respectivas edades promedio de presentación del cuadro vertiginoso fueron 51 a 60 años (hombres) y 31 a 40 años (mujeres). Se registró un segundo pico de presentación de la enfermedad en mujeres de entre 61 y 70 años de edad.

Destaca en el estudio la baja incidencia de síntomas óticos; 38 de los pacientes exhibieron audición normal, mientras que los pocos casos de hipoacusia unilateral superficial (2) correspondieron a individuos de más de 70 años de edad. Al realizar la maniobra de Dix-Hallpike, la incidencia de sintomatología vagal se presentó en ocho pacientes, aunque la de acúfenos fue prácticamente nula.

La resolución del cuadro entre los pacientes a los que se aplicaron maniobras de Semont fue de 80% a los 15 días, y el restante 20% requirió de una segunda maniobra. En ese mismo lapso de 15 días, en 95% de los sujetos remitió el cuadro al utilizar la maniobra de Epley y sólo 5% necesitó de una segunda maniobra.

Sin embargo, con la maniobra de Epley se obtuvo 90% de remisión total de la sintomatología a los 15 días, mientras que para igualar ese porcentaje con la maniobra de Semont (indicado por Dix-Hallpike negativa) se requirió de un mes de tratamiento. Aun con ello, los índices de remisión con una u otra maniobra fueron prácticamente los mismos a los cuatro meses de tratamiento.

En los dos grupos de pacientes se registró inestabilidad durante los primeros dos meses luego de la realización de la maniobra respectiva, aun cuando aquélla disminuyó con los ejercicios de rehabilitación vestibular, los cuales se continuaron un mes después de realizar las maniobras.

Conclusiones

De los resultados de este estudio se desprendió una significancia estadística menor a la esperada ($p = 0.0843$), por lo que puede inferirse que el tiempo de remisión del vértigo postural paroxístico benigno con ayuda de la maniobra de Semont es similar al obtenido con la maniobra de Epley. Así pues, estas maniobras cuentan con una eficacia semejante, y ambas pueden recibir el apoyo de los ejercicios de rehabilitación vestibular.

Si se realizan correctamente, descartando otras patologías y sin necesidad de algún otro tipo de maniobra o tratamiento médico, las maniobras de Semont y Epley son igualmente efectivas en pacientes con vértigo postural paroxístico benigno.

Referencias

1. Gross EM, Ress BD. Intractable benign paroxysmal positional vertigo in patients with Ménière disease. *Laryngoscope* 2000; 110: 655-9.
2. Cohen H, Jerabek J. Efficacy of treatment to posterior canal benign paroxysmal positional vertigo. *Laryngoscope* 1999; 109: 584-90.
3. Tirelli G, Orlando ED. Benign positional vertigo without detectable nistagmus. *Laryngoscope* 2001; 111: 1053-6.
4. Smouha EE. Time course of recovery after Epley maneuvers for benign paroxysmal positional vertigo. *Laryngoscope* 1999; 107: 187-91.
5. Blatt PJ, Georgakakis GA, Herdman RA. The effect of the canalith repositioning maneuver on resolving postural instability in patients with benign paroxysmal positional vertigo. *Am J Otology* 2000; 21: 356-63.
6. Dornhoffer JL, Colvin GB. Benign paroxysmal positional vertigo and canalith repositioning: clinical correlations. *Am J Otol* 2000; 21 (2): 230-3.
7. Banfield GK, Wood C, Knigh J. Does vestibular habituation still have a place in the treatment of benign paroxysmal positional vertigo? *J Laryngol Otol* 2000; 114: 501-5.
8. Baloh RW. Differentiation between peripheral and central causes of vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 119: 55-9.
9. Macauley JR, Dickman JD, Mustain W. Positional nistagmus in asymptomatic human subjects. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1996; 119: 545-53.
10. Wolf JS, Boyev PK, Manokey BJ. Success of the modified Epley maneuver in treating paroxysmal positional vertigo. *Laryngoscope* 1999; 109: 900-3.
11. Atacan E, Senaroglu L, Genc A. Benign paroxysmal positional vertigo after stapedectomy. *Laryngoscope* 2001; 111: 1257-9.
12. Sargent EW, Bankaitis AE, Hollenbeak CS, Currens JW. Mastoid oscillation in canalith repositioning for paroxysmal positional vertigo. *Otol Neurotol* 2001; 22 (2): 205-9.
13. Blatt PJ, Georgakakis GA, Herdman RA. The effect of the canalith repositioning maneuver on resolving postural instability in patients with benign paroxysmal positional vertigo. *Am J Otology* 2000; 21: 356-63.