



Argentinian Journal of Respiratory and Physical Therapy  
ISSN: 2618-4095

Asociación Científica de Difusión y Promoción de la  
Kinesiología

Sanchez Correa, Cecilia Mariel

Comentario a Scaminaci-Russo F et al., "Características clínico-demográficas  
en sujetos con vértigo posicional paroxístico benigno al ingreso a rehabilitación  
vestibular en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires"

Argentinian Journal of Respiratory and Physical Therapy, vol. 5, núm. 2, 2023, pp. 46-48  
Asociación Científica de Difusión y Promoción de la Kinesiología

DOI: <https://doi.org/10.58172/ajrpt.v5i2.267>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=762578473007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)



Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso  
abierto

COMENTARIO

# Comentario a Scaminaci-Russo F et al., "Características clínico-demográficas en sujetos con vértigo posicional paroxístico benigno al ingreso a rehabilitación vestibular en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires"

*[Commentary on Scaminaci-Russo F et al., "Clinical-demographic characteristics of subjects with benign paroxysmal positional vertigo at vestibular rehabilitation unit admission in a hospital in the Autonomous City of Buenos Aires"]*

Cecilia Mariel Sanchez Correa<sup>1,2,3\*</sup>

El vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) es el trastorno vestibular más frecuente, y su incidencia en la población general es del 10%. Puede presentarse en todos los rangos etarios, pero es especialmente frecuente en los adultos mayores, lo cual es importante si se tiene en cuenta que los trastornos de equilibrio en este grupo conllevan una pérdida de la autonomía,

menor calidad de vida y predisponen a caídas, con un incremento de la morbilidad.<sup>1</sup>

El curso evolutivo del VPPB se caracteriza por remisiones espontáneas que tienen lugar típicamente después de días a semanas<sup>2</sup>, con recaídas que aparecen en el 50 % de los pacientes.<sup>3</sup> Aunque el VPPB es normalmente un proceso autolimitado, ocasiona una carga socioeconómica y personal considerable.<sup>1</sup>

**Palabras clave:** canales semicirculares, vértigo, mareo, rehabilitación, terapia física, vértigo posicional paroxístico benigno.

**Keywords:** semicircular canals, epidemiology, dizziness, rehabilitation, physical therapy, benign paroxysmal positional vertigo.

\* **Correspondencia:** [ceciliam.sanchez.correa@gmail.com](mailto:ceciliam.sanchez.correa@gmail.com)

<sup>1</sup> Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca, CABA, Argentina.

<sup>2</sup> Clínica CIAREC, CABA, Argentina.

<sup>3</sup> Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas, CABA, Argentina.

**Fuentes de financiamiento:** La autora declara no tener ninguna afiliación financiera ni participación en ninguna organización comercial que tenga un interés financiero directo en cualquier asunto incluido en este manuscrito.

**Conflicto de intereses:** La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Los criterios diagnósticos del VPPB, según la Sociedad de Bárány (*Bárány Society*), se caracterizan por episodios recidivantes de vértigo posicional desencadenados al acostarse o girar en la posición de decúbito supino, que podrían acompañarse de inestabilidad leve prolongada, incluso tras el tratamiento con éxito de este trastorno vestibular. En ocasiones, los pacientes podrían manifestar la presencia de mareo posicional, inestabilidad y síntomas vegetativos, tales como náuseas, sudoración y taquicardia.<sup>4</sup>

La prueba diagnóstica más sensible es la prueba de Dix-Hallpike. Si el nistagmo posicional desaparece inmediatamente después del tratamiento de reposicionamiento, se reafirma el diagnóstico. La latencia entre el final de la maniobra posicional diagnóstica y el comienzo del nistagmo podría ser tan prolongada como 40 segundos en casos inusuales, sin superar el minuto en conductolitiasis o los 2 minutos en cupulolitiasis.<sup>4</sup>

Los episodios de vértigo o mareo posicional podrían desencadenarse no solo en la cama, sino también por otros movimientos cefálicos, por ejemplo, al inclinar la cabeza hacia atrás con el mentón hacia arriba<sup>4</sup>, situación frecuentemente realizada en las actividades de la vida diaria, tales como bañarse, tomar un objeto de la alacena o colgar la ropa. El vértigo o mareo posicional debe ser diferenciado de los síntomas ortostáticos, presentes solamente en la incorporación, pero no ante otros desencadenantes posicionales.

Los autores realizaron un estudio descriptivo de las características clínico-demográficas de sujetos con diagnóstico médico de VPPB al ingreso a rehabilitación vestibular (RV) en un hospital de rehabilitación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el período comprendido entre los años 2010 y 2021. Reportaron que la muestra se conformó en su mayoría de mujeres mayores de 60 años, cuya afección más frecuente fue la conductolitiasis del conducto semicircular posterior derecho. Esta entidad es con creces la variante más común del VPPB a nivel mundial y constituye el 80-90% de los casos, seguida en orden decreciente por el conducto semicircular horizontal y por el conducto anterior<sup>5</sup>, similar a lo reportado por los autores.

Felicitó a los autores por visibilizar esta problemática de alta incidencia en nuestro país. Como fortalezas del estudio, se observa un elevado tamaño muestral debido a los 11 años de recolección de datos y al uso de un diagrama de flujo de los sujetos que describe la transparencia en la selección de la muestra. Destaco también que los autores utilizaron la guía *STROBE* (siglas en inglés de «Fortalecimiento del reporte de estudios

observacionales en epidemiología» para el desarrollo del estudio, lo cual lo fortalece metodológicamente. El hecho de haber incorporado como variable la re-incidencia de VPPB me pareció un valor agregado en esta temática.

Los autores reportaron que el 61% de la muestra presentó un período de latencia mayor a los 3 meses desde el comienzo de los síntomas observados en la evaluación inicial de RV. Sin embargo, pese a que esta condición de salud no precisa medidas diagnósticas o terapéuticas sofisticadas, es importante destacar que un gran porcentaje de los sujetos convivieron con síntomas posicionales de larga evolución y no habían tenido una exploración adecuada, ni mucho menos un tratamiento específico. Estos hechos afectan la calidad de vida del sujeto y ocasionan un elevado gasto económico al sistema sanitario, ya que frecuentemente se llevan a cabo exploraciones y tratamientos innecesarios. El correcto diagnóstico y el tratamiento temprano del VPPB supone un escenario bien distinto según las guías de práctica clínica, además de la rápida resolución del cuadro, lo cual implica un gasto 7 veces menor al incurrido cuando el diagnóstico es tardío.<sup>6</sup> Esto nos invita a pensar en un diagnóstico infravalorado en nuestra comunidad por la falta de derivación temprana a profesionales especialistas en patologías vestibulares.

El prolongado tiempo de evolución de los síntomas reportado por los autores, sumado a que el 55,9% de los sujetos presentaron positiva la prueba de Dix-Hallpike, hace reflexionar acerca de la importancia de que todo profesional de la salud conozca el VPPB como una condición de salud frecuente con sencilla resolución en la mayoría de los casos. La capacidad para resolver este cuadro tan perturbador e incapacitante en la guardia de una institución de salud permite disminuir las listas de espera para la atención con médicos especialistas en otorrinolaringología, otoneurología y para el ingreso a RV, lo que indirectamente podría disminuir la sobremedicación, las ausencias laborales, las innumerables consultas médicas y los estudios complementarios, las consecuencias de las caídas y, por lo tanto, los elevados gastos en salud.

Los autores del estudio reportaron que más del 70% de la muestra fueron mujeres, con una mediana de edad de 71 años. En este sentido, considero fundamental la realización de maniobras diagnósticas, tales como Dix-Hallpike o *Roll Test* en la evaluación inicial, además del examen oculomotor y vestibulo-ocular para aquellos sujetos que refieren vértigos posicionales como principal sintomatología, ya que esta entidad puede incluso coexistir con otros trastornos vestibulares. Destaco la

importancia de lograr su rápida resolución para evitar no solo el aumento del riesgo de caídas, sino también sus consecuentes lesiones secundarias, como fracturas de cadera y muñeca, o sus consecuencias emocionales, como la pérdida de la confianza en el equilibrio.

La prevalencia anual de caídas en la población adulta que vive en la comunidad es del 30% en mayores de 65 años y aumenta al 50% en adultos mayores de 80 años.<sup>7</sup> Estas cifras se modifican en los sujetos con VPPB, ya que tienen un mayor riesgo de caídas y deterioro en el desempeño de las actividades diarias.<sup>8</sup>

Por otro lado, cuando el nistagmo posicional es refractario a las maniobras terapéuticas<sup>4</sup>, se debe considerar la realización de un diagnóstico diferencial para vértigo posicional central. Algunas de las diferencias con este último radican en que esta clase de vértigo no se fatiga con el posicionamiento repetitivo, es decir, no se resuelve con maniobras de reposicionamiento repetidas. La dirección del nistagmo no es atribuible al plano del conducto semicircular estimulado y puede aparecer inversión de la dirección del nistagmo mientras se mantiene la posición evaluada.<sup>9</sup>

Los autores reportaron que más del 80% de los sujetos incluidos consumían al menos un medicamento al momento de la consulta, pero no queda claro si estos fueron indicados para otras condiciones de salud presentes o con el fin de disminuir la sintomatología vestibular. Por lo tanto, considero importante esclarecer esta diferencia para próximos estudios y considerar este estudio como puntapié inicial, ya que no hay evidencia en la literatura de la existencia de fármacos efectivos como tratamiento definitivo para el VPPB o sustitutos para las maniobras terapéuticas.<sup>10</sup>

Fácilmente se puede deducir la importancia del estudio desarrollado, por lo cual felicito nuevamente a los autores. Espero que se sigan abriendo nuevas líneas de investigación sobre este tema e invito a los profesionales especialistas en RV a seguir realizando trabajos científicos que visibilicen los beneficios de la terapia kinésica en sujetos con patologías vestibulares.

## Referencias

1. Von Brevern M, Radtke A, Lezius F, Feldmann M, Ziese T, Lempert T, Neuhauser H. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: A population based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007; 78(7):10-5. doi: 10.1136/jnnp.2006.100420.
2. Imai T, Ito M, Takeda N, Uno A, Matsunaga T, Sekine K, Kubo T. Natural course of the remission of vertigo in patients with benign paroxysmal positional vertigo. *Neurology*. 2005; 64(5): 920-1. doi: 10.1212/01.WNL.0000152890.00170.DA.
3. Nunez RA, Cass SP, Furman JM. Short- and long-term outcomes of canalith repositioning for benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000 May; 122 (5): 647-52. doi: 10.1016/S0194-5998(00)70190-2.
4. Von Brevern M, Bertholon P, Brandt T, Fife T, Imai T, Nuti D, Newman-Toker D. Benign paroxysmal positional vertigo: Diagnostic criteria Consensus document of the Committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society. *Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed)*. 2017; 68 (6): 349-360. doi: 10.1016/j.otorri.2017.02.007.
5. Nakayama M, Epley JM. BPPV and variants: improved treatment results with automated, nystagmus-based repositioning. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005; 133 (1): 107-12. doi: 10.1016/j.otohns.2005.03.027.
6. Fife D, FitzGerald JE. Do patients with benign paroxysmal positional vertigo receive prompt treatment? Analysis of waiting times and human and financial costs associated with current practice. *Int J Audiol*. 2005; 44 (1): 50-7. doi: 10.1080/14992020400022629.
7. Magnani PE, Porto JM, Genovez MB, Zanellato NFG, Alvarenga IC, Dos Santos PF, de Abreu DCC. What is the best clinical assessment tool for identification of adults aged ≥80 years at high risk of falls? *Physiotherapy*. 2021; 110: 63-69. doi: 10.1016/j.physio.2020.03.002.
8. Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, Edlow JA, El-Kashlan H, Fife T, et al. Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017; 156 (3\_suppl): S1-S47. doi: 10.1177/0194599816689667.
9. Macdonald NK, Kaski D, Saman Y, Al-Shaikh Sulaiman A, Anwer A, Bamiou DE. Central Positional Nystagmus: A Systematic Literature Review. *Front Neurol*. 2017; 8:141. doi: 10.3389/fneur.2017.00141.
10. Bhattacharyya N, Baugh RF, Orvidas L, Barrs D, Bronston LJ, Cass S, et al. Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008; 139 (5 Suppl 4): S47-81. doi: 10.1016/j.otohns.2008.08.022.



Argentinian Journal of Respiratory and Physical Therapy by AJRPT is licensed under a **Creative Commons Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional License**. Creado a partir de la obra en [www.ajrpt.com](http://www.ajrpt.com). Puede hallar permisos más allá de los concedidos con esta licencia en [www.ajrpt.com](http://www.ajrpt.com)

**Citar este artículo como:** Sanchez Correa CM. Comentario a Scaminaci-Russo F et al., "Características clínico-demográficas en sujetos con vértigo posicional paroxístico benigno al ingreso a rehabilitación vestibular en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". AJRPT. 2023;5(2):46-48.