

recimundo

Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento

DOI: 10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.475-486

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1847>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de investigación

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 475-486





Vértigo posicional paroxístico benigno desde un abordaje osteopático

Benign paroxysmal positional vertigo from an osteopathic approach

Vertigens posicionais paroxísticas benignas a partir de uma abordagem osteopática

Wendy Elizabeth Valencia Andrade¹; Jenny Paola Estévez Chávez²

RECIBIDO: 01/07/2022 **ACEPTADO:** 20/07/2022 **PUBLICADO:** 10/08/2022

1. Máster Universitario en Fisioterapia en el Abordaje Integral del Suelo Pélvico; Licenciada en Terapia Física; Pontificia Universidad Católica del Ecuador; Quito, Ecuador; wevalencia@puce.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0003-1054-029X>
2. Especialista en Medicina Familiar; Doctora en Medicina y Cirugía; Pontificia Universidad Católica del Ecuador; Quito, Ecuador; jpestevez@puce.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0001-9031-4078>

CORRESPONDENCIA

Wendy Elizabeth Valencia Andrade

wevalencia@puce.edu.ec

Quito, Ecuador

© RECIMUNDO; Editorial Saberes del Conocimiento, 2022

RESUMEN

Introducción: El vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) es un problema más común de lo que se piensa, con síntomas específicos como mareos recurrentes y pérdida de equilibrio, que puede afectar seriamente la calidad de vida de los pacientes afectados, por tanto, considerando que la osteopatía puede mejorar la función fisiológica y la homeostasis que ha sido alterada por una disfunción somática, se plantea como un tratamiento alternativo para aliviar esta dolencia. Objetivo: Evaluar la efectividad de los abordajes osteopáticos en pacientes con vértigo posicional paroxístico. Métodos: Se realizó una investigación bibliográfica de carácter cualitativo revisando estudios en Medline, Scielo, Cochrane, Google académico y Blogs de temas relacionados con la osteopatía y el vértigo posicional paroxístico benigno, seleccionando los de mayor interés para elaborar el presente estudio. Resultados: Todos los estudios analizados coinciden en afirmar que los tratamientos osteopáticos, como terapias complementarias no farmacológicas, son efectivas para el alivio de los síntomas de pacientes con diagnóstico de VPPB. Conclusiones: La terapia osteopática, en cualquiera de sus técnicas, representa un tratamiento efectivo para reducir de manera significativa los síntomas de desequilibrio y mareos, mejorando la calidad de vida de los pacientes que sufren VPPB.

Palabras clave: Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (VPPB); Osteopatía; Terapia Holística; Medicinas Complementarias; Calidad de Vida.

ABSTRACT

Introduction: Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) is a more common problem than is thought, with specific symptoms such as recurrent dizziness and loss of balance, which can seriously affect the quality of life of affected patients, therefore, considering that osteopathy can improve physiological function and homeostasis that has been altered by somatic dysfunction, it is proposed as an alternative treatment to alleviate this condition. Objective: To evaluate the effectiveness of osteopathic approaches in patients with paroxysmal positional vertigo. Methods: A qualitative bibliographical research was carried out, reviewing studies in Medline, Scielo, Cochrane, academic Google and Blogs on topics related to osteopathy and benign paroxysmal positional vertigo, selecting those of greatest interest to prepare the present study. Results: All the studies analyzed agree that osteopathic treatments, as non-pharmacological complementary therapies, are effective in relieving the symptoms of patients diagnosed with BPPV. Conclusions: Osteopathic therapy, in any of its techniques, represents an effective treatment to significantly reduce symptoms of imbalance and dizziness, improving the quality of life of patients suffering from BPPV.

Keywords: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV); Osteopathy; Holistic Therapy; Complementary Medicines; Quality of Life.

RESUMO

Introdução: A vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) é um problema mais comum do que se pensa, com sintomas específicos tais como tonturas recorrentes e perda de equilíbrio, que podem afectar seriamente a qualidade de vida dos pacientes afectados, portanto, considerando que a osteopatia pode melhorar a função fisiológica e a homeostase que foi alterada pela disfunção somática, propõe-se como um tratamento alternativo para aliviar esta condição. Objetivo: Avaliar a eficácia das abordagens osteopáticas em pacientes com vertigem posicional paroxística. Métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica qualitativa, revendo estudos no Medline, Scielo, Cochrane, Google académico e Blogs sobre temas relacionados com osteopatia e vertigem posicional paroxística benigna, seleccionando os de maior interesse para preparar o presente estudo. Resultados: Todos os estudos analisados concordam que os tratamentos osteopáticos, como terapias complementares não-farmacológicas, são eficazes no alívio dos sintomas dos pacientes diagnosticados com VPPB. Conclusões: A terapia osteopática, em qualquer uma das suas técnicas, representa um tratamento eficaz para reduzir significativamente os sintomas de desequilíbrio e tonturas, melhorando a qualidade de vida dos pacientes que sofrem de VPPB.

Palavras-chave: Vertigem Positiva Benigna Paroxística (VPPB); Osteopatia; Terapia Holística; Medicamentos Complementares; Qualidade de Vida.

Introducción

El vértigo es uno de los síntomas más frecuentes encontrados en la práctica médica, se describe como una sensación de movimiento, generalmente de rotación, de sí mismo o de las cosas del entorno, con una prevalencia de aproximadamente entre el 20 % y 30 % en la población general, varía entre el 1,8 % en adultos jóvenes y más del 30 % en ancianos, interfiriendo de manera significativa con la capacidad de una persona para funcionar en la actividad diaria, lo que se refleja negativamente en la calidad de vida de estos pacientes. El diagnóstico más frecuente de vértigo proviene de trastornos vestibulares, conocido como vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) con una prevalencia de por vida del 2,4 % y es definido como los episodios repetidos de sensación de giro relacionados con los cambios de posición de la cabeza, asociado el vértigo con sensación de desequilibrio, náuseas y mareos.⁽¹⁾

Por otra parte, considerando que en ocasiones el vértigo es causado por una alteración de las estructuras articulares y de los tejidos blandos de la columna, es de suponer que las disfunciones somáticas, definidas como la función deteriorada o alterada de las estructuras esqueléticas, artrodiales y miofasciales, también pueden ser responsables de causar el vértigo, razón por la cual se emplean tratamientos manipulativos osteopáticos con la finalidad de mejorar la función fisiológica y la homeostasis que ha sido alterada por una disfunción somática, tratando articulaciones restringidas y tejidos blandos, de esta manera restaurar el movimiento, aplicando técnicas directas, que incluyen energía muscular y de alta velocidad y baja amplitud, mediante la aplicación de una fuerza en la dirección del movimiento articular restringido para resolver la disfunción somática, así como técnicas indirectas, como contraesfuerzo y liberación miofascial, que implican aplicar una fuerza lejos de la barrera restrictiva de una articulación o una estructura de tejido blando.⁽²⁾

Por todo lo anterior se realizó la presente revisión bibliográfica con el objetivo de evaluar la efectividad de los abordajes osteopáticos en pacientes con vértigo posicional paroxístico (VPPB), mediante un análisis conceptual de osteopatía, beneficios de esta terapia como tratamiento alternativo no farmacológico y la incidencia en la mejora sobre los síntomas del VBBP.

Métodos

Se realizó una investigación bibliográfica de carácter cualitativo buscando estudios en Medline, Scielo, Cochrane, Google académico y Blogs de temas relacionados con la osteopatía y el vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB), revisando investigaciones relevantes publicadas sin restricción de año o estado de publicación, seleccionando las de mayor interés para elaborar el presente estudio, permitiendo describir, por una parte, el VPPB, determinando causas, etiología, síntomas y métodos de diagnóstico, y por otra parte, analizar la osteopatía, beneficios de esta terapia como tratamiento alternativo no farmacológico y la incidencia en la mejora sobre los síntomas del VBBP.

Desarrollo

Vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB)

El vértigo es la percepción de movimiento en ausencia de movimiento, quienes lo padecen lo describen como una sensación de balanceo, inclinación, giro o sensación de desequilibrio, lo que es resumido como "mareos" por el paciente; sin embargo, es una descripción imprecisa, debido que los mareos describen innumerables y variadas sensaciones por lo que, con frecuencia, induce al diagnóstico erróneo por el médico tratante.⁽³⁾

El vértigo puede ser de origen vestibular o periférico o por causas no vestibulares o centrales, siendo el vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) la causa más común de vértigo periférico, representando

más de la mitad de todos los casos. Señalan Parker et al.⁽⁴⁾ que es fundamental distinguir el VPPB de otras causas de vértigo, ya que el diagnóstico diferencial incluye un espectro de procesos patológicos que van desde benignos hasta potencialmente mortales.

El VPPB fue descrito por primera vez en 1921 por Barany, quien asoció el vértigo y el nistagmo característicos con cambios posturales y lo relacionó con los órganos otolíticos.⁽⁵⁾ Posteriormente, en 1952, Dix y Hallpike, desarrollaron pruebas de provocación, describiendo con mayor detalle el nistagmo clásico y explicando que la localización de la enfermedad era el oído propiamente dicho.⁽⁶⁾

Causas del VPPB

El VPPB ocurre cuando pequeños cristales de calcio llamados otoconias se sueltan de la ubicación normal en el utrículo, un órgano sensorial en el oído interno. Estas otoconias son esenciales para el funcionamiento adecuado del utrículo de la membrana otolítica al ayudar a desviar las células ciliadas dentro de la endolinfa, que transmite los cambios de posición de la cabeza, incluida la inclinación, el giro y la aceleración lineal.⁽⁷⁾

Este desprendimiento origina que las otoconias fluyan libremente en los espacios llenos de líquido del oído interno, incluidos los canales semicirculares (SCC) que detectan la rotación de la cabeza, generalmente este desplazamiento ocurre hacia el SCC posterior, debido a la orientación relativa a la gravedad en la parte más baja del oído interno, sin causar ningún problema mientras se encuentre en el SCC, sin embargo, cuando la cabeza de la persona cambia de posición, como al mirar hacia arriba o hacia abajo, al pasar de acostarse a sentarse o al darse la vuelta en la cama, las otoconias se mueven a la parte más baja del canal, lo que hace que el líquido fluya dentro del SCC, estimulando el nervio del equilibrio (octavo craneal) y causando vértigo y ojos saltones (nistagmo).⁽⁸⁾

Etiología del VPPB

Aproximadamente entre el 50 % y 70 % de los casos de VPPB ocurren sin causa conocida y se denominan VPPB primario o idiopático,⁽⁹⁾ mientras que los casos restantes se denominan VPPB secundario y, a menudo, se confunden con síndromes vertiginosos periféricos, como los producidos por traumatismos craneoencefálicos, neuronitis vestibular, laberintitis, enfermedad de Ménière, migraña, isquemia y causas iatrogénicas.⁽¹⁰⁾ Sin embargo, la causa más común de VPPB secundario es una lesión en la cabeza, representando entre el 7 % y 17 % de los casos, debido que los traumatismos en la cabeza pueden provocar la liberación de muchas otoconias en la endolinfa, razón por la cual la mayoría de estos pacientes tienen VPPB bilateral, representando la laberintitis viral o neuronitis vestibular hasta el 15 % de los casos de VPPB.⁽¹¹⁾

También se ha encontrado que las migrañas tienen una estrecha asociación con el VPPB, encontrando una mayor incidencia de migraña en pacientes que padecen VPPB y una mayor recurrencia de VPPB después de haber realizado posicionamiento con éxito en pacientes con migraña, considerando que el mecanismo causal subyacente puede ser el espasmo de las arterias del oído interno, ya que el vasoespasmo se observa con frecuencia en las migrañas.⁽¹²⁾ Por otra parte, también se ha informado presencia de VPPB secundario después de la cirugía del oído interno, encontrando que el mecanismo subyacente posiblemente esté asociado con el daño utricular que provoca la liberación de otoconias.⁽¹³⁾

La incidencia máxima de un tipo primario o idiopático de vértigo posicional paroxístico benigno se ha observado entre los 50 y 70 años de edad, sin embargo, puede ocurrir en cualquier grupo de edad, aunque en pacientes menores de 35 años, rara vez se observa, especialmente si no presentan antecedentes de lesión en la cabeza.⁽¹⁴⁾

Síntomas del VPPB

Las personas con VPPB básicamente experimentan una sensación de giro, vértigo, cada vez que hay un cambio en la posición de la cabeza, también pueden aparecer dolores de cabeza diferentes o severos, fiebre, visión doble o pérdida de la visión, pérdida de la audición, problemas para hablar, debilidad en piernas o brazos, pérdida de consciencia, caídas o dificultad para caminar y entumecimiento u hormigueo.⁽⁸⁾

Estos síntomas pueden ser muy angustiantes, las personas pueden caerse de la cama o perder el equilibrio cuando se levantan de la cama e intentan caminar, si inclinan la cabeza hacia atrás o hacia adelante mientras caminan, pueden incluso caerse con el riesgo de lesionarse, creando la sensación de estar bastante enfermo con náuseas y vómitos.⁽¹⁵⁾ Si bien el sello distintivo del VPPB es el vértigo asociado con cambios en la posición de la cabeza, muchas personas con VPPB también sienten un grado leve de inestabilidad entre sus ataques recurrentes de vértigo posicional. Sin tratamiento, el curso habitual de la enfermedad es la disminución de los síntomas durante un período de días a semanas y, a veces, hay una resolución espontánea de la afección, solo en casos raros, los síntomas de la persona pueden durar años.⁽¹⁶⁾

Diagnóstico del VPPB

Fundamentalmente el diagnóstico de VPPB implica formar un historial detallado de la salud del paciente, confirmando el diagnóstico al detectar presencia de nistagmo, que corresponde a espasmos de los ojos del paciente que acompañan al vértigo causado por el cambio de posición de la cabeza, este nistagmo se puede observar al aplicar una prueba diagnóstica llamada maniobra de Dix-Hallpike.⁽¹⁷⁾

Para realizar la prueba de Dix-Hallpike, la cabeza del paciente se gira 45° hacia un lado mientras está sentado, luego se acuesta rápidamente hacia atrás con la cabeza

justamente sobre el borde de la mesa de exploración, generalmente este movimiento provoca el vértigo y el médico tratante puede observar si los ojos de la persona muestran el patrón espasmódico del nistagmo, confirmando el diagnóstico de VPPB al obtener una respuesta positiva.⁽¹⁸⁾ Por lo general, no es necesaria una resonancia magnética o una tomografía computarizada del cerebro.

Osteopatía

La osteopatía corresponde a una práctica de terapia manual guiada por una visión holística del ser humano, que tiene la finalidad de detectar, tratar y prevenir problemas de salud mediante el movimiento, estiramiento y masaje de músculos y articulaciones de una persona. Esta terapia complementaria se basa en el principio de que el bienestar de un individuo depende de que huesos, músculos, ligamentos y tejido conjuntivo funcionen conjuntamente sin problemas, utilizando una variedad de técnicas, pero sin incluir medicamentos ni cirugía.⁽¹⁹⁾

De acuerdo a lo señalado por Felman y Wilson⁽²⁰⁾ la osteopatía utiliza la manipulación física, estiramientos y masajes con el objetivo de:

- Aumentar la movilidad de las articulaciones.
- Aliviar la tensión muscular.
- Reducir el dolor.
- Mejorar el suministro de sangre a los tejidos.
- Ayudar al cuerpo a sanar.

Aplicaciones de la osteopatía para el tratamiento de VPPB

El tratamiento de VPPB con técnicas osteopáticas se fundamenta en las evidencias de que las disfunciones craneales de los temporales en rotación interna/externa pueden modificar la orientación de los canales semicirculares provocando vértigo, y que las movilizaciones del globo ocular pueden

ser un estímulo sensorial de las vías vestibulo-oculares, ya que ayudan a equilibrar el tono de los músculos extraoculares, causando influencias fasciales en el nervio óptico y el oculomotor, estimulando los núcleos vestibulares; también existe la propuesta de que la tensión de la tienda cerebelosa y la movilización de los huesos temporales tienen influencias sobre las estructuras que componen el vestíbulo.⁽²¹⁾ Por otra parte, la osteopatía craneal, creada por Sutherland, establece que los huesos individuales del cráneo reflejan la movilidad, que fundamenta el mecanismo respiratorio primario que se manifiesta a través del movimiento de los huesos del cráneo, el sacro, las membranas durales, el sistema nervioso central y el líquido cefalorraquídeo.⁽²²⁾

En la fase aguda de VPPB la prescripción farmacológica es primordial conjuntamente con el reposo, por lo que los síntomas tienden a desaparecer de forma definitiva en un periodo de una a seis semanas, reportándose que en ciertas ocasiones el problema se prolonga en el tiempo con un componente de inestabilidad residual o aparición de crisis recurrentes, situación en la que el paciente debe ser tratado de forma osteopática, mediante maniobras de recolocación de otoconias y/o rehabilitación vestibular.⁽²³⁾

Maniobras de recolocación de otoconias

Las maniobras de recolocación de otoconias se fundamentan en el hecho que a través de las diversas posiciones cefálicas y corporales aquellas que se encuentran fuera del emplazamiento normal serán devueltas al canal correspondiente, siendo estas maniobras diferentes de acuerdo al canal implicado, es decir, canal semicircular posterior, conducto semicircular anterior y conducto semicircular horizontal.⁽²⁴⁾

Para el canal semicircular posterior se aplican dos maniobras, la primera corresponde a la **maniobra de Epley**, en la cual se ubica al paciente en posición sedente, girando la cabeza del paciente 45° hacia el lado afectado, luego se tumba al paciente sobre la

camilla posicionando 30° por debajo la cabeza del plano de la camilla, allí aparecerá un nistagmo que se agotará transcurrido un minuto, luego se gira la cabeza 90° hacia el lado sano y el paciente girará el cuerpo entero hacia el lado sano, de forma que el paciente quede mirando al suelo, en este procedimiento volverá a aparecer un nistagmo debido a la recolocación de las otoconias que se produce por la maniobra. La segunda maniobra es conocida como **maniobra diagnóstica de Sémont**, esta se realiza con el paciente sentado y girando la cabeza hacia el lado sano, luego se inclina y tumba hacia el lado afectado manteniendo esta posición por 4 minutos; a partir de ahí y manteniendo la posición de la cabeza se cambia al paciente tumbándolo sobre el lado sano y dejándolo en esta posición por 4 minutos, finalmente se incorpora al paciente.

Para el conducto semicircular anterior se aplica la **maniobra de Yacovino**, en la cual se sienta al paciente en la camilla y se lleva a decúbito supino con hiperextensión cefálica, se espera aproximadamente 30 segundos a que el nistagmo producido desaparezca, luego se flexiona la cabeza rápidamente hacia el mentón, apareciendo un nuevo nistagmo, incorporando al paciente cuando este se agote.⁽²³⁾

Al conducto semicircular horizontal le corresponde la **maniobra de Gufoni** y la maniobra de Lempert, la primera se realiza sentando al paciente en el borde de la camilla y tumbándolo sobre el lado afectado, en seguida aparecerá un nistagmo que tendrá una duración de aproximadamente entre 60 y 90 segundos, luego se gira la cabeza hacia el lado sano en un ángulo de 45° quedando la nariz hacia la camilla, apareciendo nuevamente un nistagmo por un tiempo similar al anterior; mientras que para la **maniobra de Lempert** o barbacoa se inicia en una posición de decúbito supino y se gira al paciente progresivamente hacia el lado sano en diversas etapas definidas por el final del nistagmo alrededor del minuto y medio. La realización simultánea de estas

maniobras se realizará girando la cabeza al lado sano y rotando el cuerpo hacia el lado sano, quedando en decúbito lateral, luego se gira la cabeza 45° al lado sano posicionándose la nariz contra la camilla y girando nuevamente el cuerpo hasta quedar en decúbito prono, finalmente antes de incorporar al paciente se gira el cuerpo hacia la izquierda unos 45°.⁽²³⁾

Rehabilitación vestibular

La rehabilitación vestibular corresponde a la terapia física fundamentada en el entrenamiento del sistema vestibular y en la compensación central por medio de ejercicios coordinados de cabeza y tronco. Existen diversos programas de ejercicios de rehabilitación vestibular estandarizados, siendo los más comunes los ejercicios de Brandt-Daroff y los ejercicios de Cawthorne-Cooksey.⁽²⁵⁾

Los **ejercicios de Brandt-Daroff** se inicia en posición sedente en la camilla, luego se tumba al paciente de un lado, con la cabeza mirando hacia arriba en posición media de 45°, permaneciendo en esta posición 30 segundos o hasta que el mareo desaparezca, luego vuelve a la posición sentada durante otros 30 segundos y finalmente se acuesta sobre el lado opuesto otros 30 segundos, repitiendo esta maniobra 5 veces.⁽²⁶⁾

Los **ejercicios de Cawthorne-Cooksey**, consisten en una serie de ejercicios en cinco etapas, que tienen la finalidad de estimular el sistema vestibular, disminuyendo el vértigo durante las actividades de la vida diaria. Cada ejercicio se debe realizar al menos dos veces diarias, comenzando con 5 repeticiones de cada uno e incrementando progresivamente a 10 repeticiones (Tabla 1).⁽²⁷⁾

Tabla 1. Rutina de ejercicios de Cawthorne-Cooksey

Ejercicio 1	Ejercicio 2	Ejercicio 3	Ejercicio 4	Ejercicio 5
Sentado al borde de la cama y sin mover la cabeza.	Sentado en el borde de la cama.	Sentado en el borde de la cama.	De pie.	En una habitación sin obstáculos.
<ol style="list-style-type: none"> Mirar hacia arriba tanto como pueda. Mirar hacia abajo tanto como pueda. Mirar hacia un lado y el otro tanto como pueda. Estirar el brazo y mantenerlo en posición recta hacia adelante, concentrándose en el dedo índice y enfocándolo mientras lo acerca a la nariz. 	<ol style="list-style-type: none"> Voltear la cabeza hacia atrás lo más que pueda. Voltear la cabeza hacia adelante hasta que el mentón toque el pecho. Girar la cabeza de un lado a otro. Inicialmente hacer estos ejercicios con los ojos abiertos, luego intentar con los ojos cerrados. 	<ol style="list-style-type: none"> Encoger los hombros, levantarlos hacia arriba y finalmente relajarlos. Inclinarse para intentar tocar el suelo con los dedos, luego volver a la posición sentada. Arrojar una pelota pequeña de una mano a la otra, luego arrojar la pelota por encima del nivel de los ojos de tal forma que tenga que mirar hacia arriba. 	<ol style="list-style-type: none"> Repetir el ejercicio 1. Repetir el ejercicio 2. Passar una pelota entre las piernas y por encima de la cabeza. Sentarse y luego levantarse repetidas veces, girando en dirección diferente cada vez que se pare. Con ayuda intentar hacer los ejercicios anteriores con los ojos cerrados. 	<ol style="list-style-type: none"> Caminar hacia un rincón de la habitación, girando a la derecha y volviendo al punto de partida, luego repetir y girar a la izquierda. Subir y bajar una pendiente luego intentar con una escalera. Intentar con ayuda hacer estos ejercicios con los ojos cerrados.

Actualmente se aplican múltiples combinaciones de ejercicios, con el propósito de mejorar la interacción vestibulovisual y la estabilidad postural dinámica y estática, así como también para reducir la ansiedad que el vértigo ocasiona alterando la calidad de vida.⁽²⁵⁾

Resultados

De la revisión efectuada se puede deducir que los tratamientos basados en osteopatía pueden resultar beneficiosos para los pacientes con diagnóstico de VPPB al minimizar los efectos y síntomas de esta dolencia, de acuerdo a los resultados de investigaciones previas como la de André et al.⁽²⁸⁾ quienes desarrollaron un estudio con el objetivo de comparar la efectividad de los abordajes osteopáticos tras la maniobra de Epley en pacientes con VPPB en canal posterior, donde incluyeron 53 pacientes de la tercera edad diagnosticados, divididos en tres grupos, donde al primero se les realizó la maniobra de Epley asociada al uso de collarín e instrucciones post-maniobra, al segundo grupo se les realizó la maniobra de Epley sin el uso de collarín cervical y/o restricciones post-maniobra y al tercer grupo se les aplicó la maniobra de Epley asociada al uso de mini vibrador, sin uso de collarín y/o restricciones post-maniobra; empleando el Inventario de discapacidad por mareos, antes y después del tratamiento, observando una diferencia estadísticamente significativa en la mayoría de las puntuaciones antes y después del tratamiento para todos los grupos, llegando a la conclusión que independientemente del tratamiento posterior a la maniobra de Epley seleccionado para el tratamiento del VPPB y basándose en los resultados obtenidos en el Inventario de discapacidad por mareos antes y después del procedimiento la osteopatía es efectiva para el alivio de esta dolencia. Similar resultado se evidencia en el estudio de Fraix,⁽²⁾ que analizó pacientes mayores de edad con diagnóstico de vértigo desde hace más de 3 meses, los cuales fueron tratados con tratamiento manipulativo osteopático con la finalidad de evaluar la seguridad y factibili-

dad de estudiar el tratamiento manipulativo osteopático y la potencial efectividad en pacientes con vértigo, demostrando una mejora significativa después del tratamiento.

También se tiene el estudio de Papa et al.⁽¹⁾ que realizó un investigación con el objetivo de evaluar la eficacia del tratamiento de manipulación osteopática en pacientes con vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB), trabajando directamente con 31 pacientes diagnosticados con VPPB, los cuales fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: 19 pacientes recibieron tratamientos osteopáticos y 12 pacientes recibieron terapia simulada, ambos en cuatro sesiones semanales, evaluando estos pacientes antes del primer y último tratamiento mediante el Inventario de discapacidad por mareos y la plataforma estabilométrica para establecer la modificación del estilo de vida y las funciones de equilibrio. Posterior a la última sesión de tratamiento, el grupo que recibió tratamientos osteopáticos mostró mejoras en los componentes de la discapacidad por mareos global, funcional y físico, así como una reducción del área de balanceo, en comparación con el grupo que recibió terapia simulada, sugiriendo estos resultados que la terapia osteopática puede ser un enfoque útil para reducir los síntomas de desequilibrio y mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren VPPB.

Con el objetivo de investigar el efecto de las técnicas de osteopatía craneal sobre el vértigo posicional paroxístico benigno (VBBP), los autores Oliveira et al.,⁽²⁹⁾ desarrollaron un estudio donde analizaron un grupo de 20 mujeres con diagnóstico de VPPB, distribuidas en dos grupos, un grupo de intervención y un grupo control, aplicando el test de Dix-Hallpike antes y después de las intervenciones para detectar el VPPB. Aplicaron tres técnicas de osteopatía craneal sobre las estructuras relacionadas con el vestíbulo y los huesos temporales: movilización de los huesos temporales, tensión de la tienda del cerebelo y movilización del globo ocular, obteniendo como resultado que 7 de 10

individuos del grupo de intervención dieron negativo a la prueba de Dix-Hallpike, mientras que los individuos del grupo de control permanecieron positivos a la prueba, verificando estadísticamente que la intervención con técnicas osteopáticas tuvo un efecto significativo en comparación con el grupo control, concluyendo que la osteopatía craneal puede ser capaz de producir efectos sobre la actividad vestibular, reduciendo de manera significativa los síntomas relacionados con el VPPB.

Asimismo, con la finalidad de analizar el efecto de la osteopatía craneosacral sobre el mareo y el equilibrio en individuos que presentan enfermedad vestibular periférica, los autores Atay et al.,⁽³⁰⁾ estudiaron un grupo de 30 pacientes, de 24 a 50 años de edad, separados en 2 grupos, el primer grupo recibió tratamiento de osteopatía craneal y al segundo grupo se le administró dimenhidrinato, evaluando a todos los participantes antes del tratamiento, en la tercera semana de tratamiento y en la sexta semana de tratamiento, en términos de mareos y equilibrio, utilizando la escala analógica visual para evaluar el mareo, la escala de equilibrio de Berg para evaluar el equilibrio y la escala de confianza en el equilibrio de actividades específicas, aplicando el programa de tratamiento craneosacral una vez por semana durante 6 sesiones. Se observó una mejora significativa dentro de cada grupo en términos de mareos y equilibrio, así como también se evidenció que la osteopatía craneosacral fue más efectiva con respecto al tratamiento con dimenhidrinato para los mareos y el equilibrio al comparar los grupos entre sí, por lo que concluyeron que la osteopatía craneosacral es una opción de tratamiento eficaz en individuos que presentan enfermedad vestibular periférica crónica.

La investigación de Berkowitz⁽³¹⁾ basada en el estudio de un paciente con episodios recurrentes de mareos y dolor de cabeza durante más de tres meses, se desarrolló con la finalidad de demostrar que la manipulación craneal puede ser un posible componente

de tratamiento a los enfoques alopáticos tradicionales para el vértigo, aplicándole tratamiento de manipulación osteopática al campo craneal para normalizar el Sincondrosis/sinostosis esfenobasilar/esfenooccipital (SBS), que representa la articulación entre el occipucio y el hueso esfenoides y considerado un componente principal del modelo craneal. Inmediatamente después del tratamiento, los dolores de cabeza, cuello y extremidades superiores se resolvieron y aunque los dolores de cabeza y mareo ligero regresaron el segundo día después del tratamiento, no eran tan severos como los experimentados antes de iniciar la terapia, por lo que se recomendó una segunda fase de tratamiento.

Lo interesante del estudio anterior es que el paciente adicionalmente presentaba en estudios de laboratorio previos resultados consistentes con hipercolesterolemia, también en resonancias magnéticas presentaba una pequeña pero significativa protuberancia del disco posterior izquierdo que se extendía más allá de espolones pequeños, causaba una deformidad del saco tecal y una deformidad menor del margen anterior izquierdo de la médula espinal en C6-7, además una leve degeneración del disco en C4-5 y C5-6, una hipertrofia leve de la articulación izquierda de Luschka en C3-4 con estrechamiento leve de ese foramen y se observó enderezamiento de la lordosis de la columna cervical, razón por la cual también se aplicó tratamiento de manipulación osteopática en la región cervical, torácica superior, costillas superiores, clavículas, músculos escalenos, hombro y músculos de la cintura pectoral, sacro, columna lumbar, psoas, isquiotibiales y piriforme. Los resultados obtenidos demostraron que una vez que se trataron las disfunciones somáticas y se resolvió el dolor, el paciente fue capaz de tolerar una ingesta calórica adecuada y el vértigo y dolores de cabeza comórbidos se resolvieron por completo, por lo que recomienda que la evaluación osteopática de los pacientes que presentan vértigo o ma-

reos debe incluir el examen de la bóveda craneal para determinar las etiologías apropiadas, permitiendo la evaluación estructural osteopática identificar anomalías que pueden ser tratadas fácilmente con osteopatía y de esta manera resolver por completo las quejas del paciente. Además, indica Berkowitz que hacer este tipo de evaluación y tratamiento al paciente como parte del estudio inicial, minimiza la necesidad de estudios costosos e invasivos. Por tanto, el estudio concluye afirmando que el enfoque osteopático holístico puede revelar la presencia del reflejo somatovisceral como la etiología inusual de las disfunciones somáticas responsables del vértigo y las cefaleas comórbidas de los pacientes.

Conclusiones

La presente revisión permite señalar que existen efectos positivos de la osteoterapia en la función del equilibrio, además es bien tolerada por los pacientes y constituye un tratamiento eficaz para los pacientes con vértigo, lo cual fomenta la conexión de la medicina convencional y la medicina complementaria basada en la evidencia para la práctica clínica integradora y el trabajo interprofesional. Por otra parte, este resultado es importante, desde el punto de vista clínico, debido que el vértigo es relativamente común, afecta la productividad y aumenta la incidencia de caídas cuando se presenta en pacientes de edad avanzada, aunque siempre se necesitarán más investigaciones en el tema que permitan una mejor comprensión de la frecuencia y la importancia de la disfunción somática en pacientes con vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB).

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Todos los autores contribuyeron en igual medida para la presente revisión, interpre-

taron la evidencia encontrada, revisaron críticamente el manuscrito y aprobaron la versión final.

Bibliografía

- Papa L, Amodio A, Biffi F, Mandara A. Impact of osteopathic therapy on proprioceptive balance and quality of life in patients with dizziness. *J Bodyw Mov Ther* 2017;21(4):866-72.
- Fraix M. Osteopathic Manipulative Treatment and Vertigo: A Pilot Study. *PM&R* 2010;2(7):612-8.
- Palmeri R, Kumar A. Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Internet). En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 (citado 2022 feb 23). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470308/>
- Parker IG, Hartel G, Paratz J, Choy NL, Rahmann A. A Systematic Review of the Reported Proportions of Diagnoses for Dizziness and Vertigo. *Otol Neurotol Off Publ Am Otol Soc Am Neurotol Soc Eur Acad Otol Neurotol* 2019;40(1):6-15.
- Yu J, Yu Q, Guan B, Lu Y, Chen C, Yu S. Pseudo-Benign Paroxysmal Positional Vertigo: A Retrospective Study and Case Report. *Front Neurol (Internet)* 2020 (citado 2022 mar 21);11. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fneur.2020.00187>
- Hornibrook J. Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV): History, Pathophysiology, Office Treatment and Future Directions. *Int J Otolaryngol* 2011;2011:835671.
- Zamergrad MV, Grachev SP, Gergova AA. [Acute vestibular disorder in the elderly: stroke or peripheral vestibulopathy]. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova* 2018;118(6. Vyp. 2):46-9.
- Medicina Johns Hopkins. Vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) (Internet). 2020 (citado 2022 feb 23); Available from: <https://www.hopkins-medicine.org/health/conditions-and-diseases/benign-paroxysmal-positional-vertigo-bppv>
- Türk B, Akpınar M, Kaya KS, Korkut AY, Turgut S. Benign Paroxysmal Positional Vertigo: Comparison of Idiopathic BPPV and BPPV Secondary to Vestibular Neuritis. *Ear Nose Throat J* 2021;100(7):532-5.
- Hilton DB, Shermetaro C. Migraine-Associated Vertigo (Internet). En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 (citado 2022 mar 21). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507859/>

- Luryi AL, LaRouere M, Babu S, Bojrab DI, Zappia J, Sargent EW, et al. Traumatic versus Idiopathic Benign Positional Vertigo: Analysis of Disease, Treatment, and Outcome Characteristics. *Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg* 2019;160(1):131-6.
- Kim SK, Hong SM, Park I-S, Choi HG. Association Between Migraine and Benign Paroxysmal Positional Vertigo Among Adults in South Korea. *JAMA Otolaryngol Neck Surg* 2019;145(4):307-12.
- Atacan E, Sennaroglu L, Genc A, Kaya S. Benign paroxysmal positional vertigo after stapedectomy. *The Laryngoscope* 2001;111(7):1257-9.
- Hilton MP, Pinder DK. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(12):CD003162.
- Chin S. Visual vertigo: Vertigo of oculomotor origin. *Med Hypotheses* 2018;116:84-95.
- Mayo Clinic. Vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) - Síntomas y causas (Internet). 2020 (citado 2022 feb 23); Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/vertigo/symptoms-causes/syc-20370055>
- Gallardo Ollervides FJ, Escalona López LA, Moreno Reynoso SA, Fernández Espinosa J. Vértigo posicional paroxístico benigno: el vértigo que todos debemos conocer. *An Méd Asoc Médica Cent Méd ABC* 2019;64(4):281-9.
- Carnevale C, Muñoz-Proto F, Rama-López J, Ferrán-de la Cierva L, Rodríguez-Villalba R, Sarría-Echegaray P, et al. Manejo del vértigo posicional paroxístico benigno en atención primaria. *Med Fam SEMERGEN* 2014;40(5):254-60.
- NHS. Osteopathy (Internet). nhs.uk2017 (citado 2022 feb 23); Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/osteopathy/>
- Felman A, Wilson D. Osteopathy: Everything you need to know (Internet). 2017 (citado 2022 feb 23); Available from: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/70381>
- Liem T. Cranial Osteopathy: Principles and Practice. Elsevier Health Sciences; 2005.
- Jäkel A, von Hauenschild P. Therapeutic effects of cranial osteopathic manipulative medicine: a systematic review. *J Am Osteopath Assoc* 2011;111(12):685-93.
- Sierra R. Vértigo periférico paroxístico benigno (VPPB): Manejo en unidades de fisioterapia. *Rev Electrónica Portales Medicoscom (Internet)* 2020 (citado 2022 feb 23);XV(22). Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/vertigo-periferico-paroxistico-benigno-vppb-manejo-en-unidades-de-fisioterapia/>
- Argaet EC, Bradshaw AP, Welgampola MS. Benign positional vertigo, its diagnosis, treatment and mimics. *Clin Neurophysiol Pract* 2019;4:97-111.
- Bressi F, Vella P, Casale M, Moffa A, Sabatino L, Lopez MA, et al. Vestibular rehabilitation in benign paroxysmal positional vertigo: Reality or fiction? *Int J Immunopathol Pharmacol* 2017;30(2):113-22.
- Casado P. Vértigo: Ejercicios de Brandt-Daroff - Blog (Internet). 2016 (citado 2022 feb 23); Available from: <https://www.livemed.in/blog/-/blogs/vertigo-ejercicios-de-brandt-daroff>
- Kaiser Permanente. Ejercicios de Cawthorne para el vértigo: Instrucciones de cuidado (Internet). 2021 (citado 2022 feb 23); Available from: <https://espanol.kaiserpermanente.org/es/health-wellness/health-encyclopedia/he.ejercicios-de-cawthorne-para-el-v%C3%A9rtigo-instrucciones-de-cuidado.tw12326>
- André AP do R, Moriguti JC, Moreno NS. Conduct after Epley's maneuver in elderly with posterior canal BPPV in the posterior canal. *Braz J Otorhinolaryngol* 2010;76(3):300-5.
- Oliveira OA do N, Mesquita LS de A, Mendes MR, Oliveira LMMC de, Almeida LC. Effects of cranial osteopathic techniques in the symptoms of benign positional paroxistic vertical. *Man Ther Posturology Rehabil J* 2020;18:1-5.
- Atay F, Bayramlar K, Sarac ET. Effects of Craniosacral Osteopathy in Patients with Peripheral Vestibular Pathology. *ORL* 2021;83(1):7-13.
- Berkowitz M. Holistic osteopathic approach reveals unusual etiology for vertigo with co-morbid headache: A case report. *AAO J* 2010;20(1):33-5.
- Luryi AL, LaRouere M, Babu S, Bojrab DI, Zappia J, Sargent EW, et al. Traumatic versus Idiopathic Benign Positional Vertigo: Analysis of Disease, Treatment, and Outcome Characteristics. *Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg* 2019;160(1):131-6.
- Kim SK, Hong SM, Park I-S, Choi HG. Association Between Migraine and Benign Paroxysmal Positional Vertigo Among Adults in South Korea. *JAMA Otolaryngol Neck Surg* 2019;145(4):307-12.

- Atacan E, Sennaroglu L, Genc A, Kaya S. Benign paroxysmal positional vertigo after stapedectomy. *The Laryngoscope* 2001;111(7):1257-9.
- Hilton MP, Pinder DK. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(12):CD003162.
- Chin S. Visual vertigo: Vertigo of oculomotor origin. *Med Hypotheses* 2018;116:84-95.
- Mayo Clinic. Vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) - Síntomas y causas (Internet). 2020 (citado 2022 feb 23); Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/vertigo/symptoms-causes/syc-20370055>
- Gallardo Ollervides FJ, Escalona López LA, Moreno Reynoso SA, Fernández Espinosa J. Vértigo posicional paroxístico benigno: el vértigo que todos debemos conocer. *An Méd Asoc Médica Cent Méd ABC* 2019;64(4):281-9.
- Carnevale C, Muñoz-Proto F, Rama-López J, Ferrán-de la Cierva L, Rodríguez-Villalba R, Sarría-Echegaray P, et al. Manejo del vértigo posicional paroxístico benigno en atención primaria. *Med Fam SEMERGEN* 2014;40(5):254-60.
- NHS. Osteopathy (Internet). [nhs.uk2017](https://www.nhs.uk/conditions/osteopathy/) (citado 2022 feb 23); Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/osteopathy/>
- Felman A, Wilson D. Osteopathy: Everything you need to know (Internet). 2017 (citado 2022 feb 23); Available from: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/70381>
- Liem T. Cranial Osteopathy: Principles and Practice. Elsevier Health Sciences; 2005.
- Jäkel A, von Hauenschild P. Therapeutic effects of cranial osteopathic manipulative medicine: a systematic review. *J Am Osteopath Assoc* 2011;111(12):685-93.
- Sierra R. Vértigo periférico paroxístico benigno (VPPB): Manejo en unidades de fisioterapia. *Rev Electrónica Portales Medicoscom (Internet)* 2020 (citado 2022 feb 23); XV(22). Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/vertigo-periferico-paroxistico-benigno-vppb-manejo-en-unidades-de-fisioterapia/>
- Argaet EC, Bradshaw AP, Welgampola MS. Benign positional vertigo, its diagnosis, treatment and mimics. *Clin Neurophysiol Pract* 2019;4:97-111.
- Bressi F, Vella P, Casale M, Moffa A, Sabatino L, Lopez MA, et al. Vestibular rehabilitation in benign paroxysmal positional vertigo: Reality or fiction? *Int J Immunopathol Pharmacol* 2017;30(2):113-22.
- Casado P. Vértigo: Ejercicios de Brandt-Daroff - Blog (Internet). 2016 (citado 2022 feb 23); Available from: <https://www.livemed.in/blog/-/blogs/vertigo-ejercicios-de-brandt-daroff>
- Kaiser Permanente. Ejercicios de Cawthorne para el vértigo: Instrucciones de cuidado (Internet). 2021 (citado 2022 feb 23); Available from: <https://espanol.kaiserpermanente.org/es/health-wellness/health-encyclopedia/he.ejercicios-de-cawthorne-para-el-v%C3%A9rtigo-instrucciones-de-cuidado.tw12326>
- André AP do R, Moriguti JC, Moreno NS. Conduct after Epley's maneuver in elderly with posterior canal BPPV in the posterior canal. *Braz J Otorhinolaryngol* 2010;76(3):300-5.
- Oliveira OA do N, Mesquita LS de A, Mendes MR, Oliveira LMMC de, Almeida LC. Effects of cranial osteopathic techniques in the symptoms of benign positional paroxistic vertical. *Man Ther Posturology Rehabil J* 2020;18:1-5.
- Atay F, Bayramlar K, Sarac ET. Effects of Craniosacral Osteopathy in Patients with Peripheral Vestibular Pathology. *ORL* 2021;83(1):7-13.
- Berkowitz M. Holistic osteopathic approach reveals unusual etiology for vertigo with co-morbid headache: A case report. *AAO J* 2010;20(1):33-5.

CITAR ESTE ARTICULO:

Valencia Andrade, W. E., & Estévez Chávez, J. P. (2022). Vértigo posicional paroxístico benigno desde un abordaje osteopático. *RECIMUNDO*, 6(3), 475-486. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(3\).junio.2022.475-486](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.475-486)

