

Administración de vasodilatadores *versus* maniobras de reposición y liberación canalicular en el tratamiento del vértigo postural paroxístico benigno

Raúl Tovar Uribe,* Joel Hernández Cruz,** Enrique César López Guzmán***

RESUMEN

Objetivo: demostrar la utilidad de las maniobras de liberación canalicular en comparación con la administración de cinarizina en el tratamiento a corto plazo de pacientes con vértigo postural paroxístico benigno.

Material y métodos: estudio retrospectivo y comparativo de los expedientes de pacientes con vértigo postural paroxístico benigno que acudieron a la consulta externa del servicio de Otorrinolaringología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, del ISSSTE, en el periodo comprendido del 1 de enero del 2003 al 28 de febrero del 2007. Se dividieron al azar en dos grupos: en el primero se incluyeron los tratados con maniobras de liberación canalicular y en el grupo control los que recibieron cinarizina.

Resultados: de los 58 individuos estudiados, a 26 se les realizaron maniobras de liberación canalicular (Semont) y a 32 se les administró cinarizina (75 mg al día). En el primer grupo la remisión fue del 81% antes de concluir la primera semana y en el grupo control fue del 50%. En el primer grupo no se observaron recidivas y en el segundo cuatro pacientes recayeron y tres tuvieron cefalea como efecto adverso.

Conclusiones: los individuos tratados con maniobras de liberación canalicular alcanzaron una remisión del vértigo significativamente mayor que los del grupo que recibió cinarizina.

Palabras clave: vértigo; maniobras de reposición; cinarizina; México.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the response of canalith repositioning maneuver comparing to treatment with cinnarizine.

Material and methods: At Centro Medico Nacional 20 de Noviembre, from January 2003 to February 2007, patients were randomly assigned in two groups: the first group included patients treated with canalith repositioning maneuver, and second group included those treated with cinnarizine 75 mg oral per day).

Results: 58 patients were included; 26 in the first group and 32 in the second. In the first group, 81% of patients got better just after a week compared to 50% of patients in the second group. None of the patients in the first group had a relapse; but in cinnarizine group there were four relapses and three patients with headache.

Conclusion: There were better outcomes in canalith repositioning maneuver group than in cinnarizine group.

Key words: vertigo; repositioning procedure; cinnarizine; Mexico.

* Médico residente del cuarto año del servicio de Otorrinolaringología.

** Jefe del servicio de Otorrinolaringología.

*** Médico adscrito al servicio de Otorrinolaringología. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México DF.

Correspondencia: Dr. Raúl Tovar Uribe. Roberto Gayol 1421, colonia Del Valle, CP 10400, México, DF.

E-mail: otorrinoraul@yahoo.com.mx

Recibido: septiembre, 2007. Aceptado: enero, 2008.

Este artículo debe citarse como: Tovar UR, Hernández CJ, López GEC. Administración de vasodilatadores *versus* maniobras de reposición y liberación canalicular en el tratamiento del vértigo postural paroxístico benigno. Rev Esp Med Quir 2008;13(2):69-77.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

El vértigo siempre ha sido un reto terapéutico para el profesional de la salud, a pesar del amplio arsenal farmacológico para el tratamiento de trastornos vestibulares que provocan la sensación de movimiento rotatorio; sin embargo, el conocimiento de la fisiopatogenia del vértigo postural paroxístico benigno es relativamente reciente y en él se fundamentan las maniobras de reposición y liberación canalicular.

Es de primordial importancia tener en cuenta los factores farmacodinámicos y los efectos secundarios de los medicamentos utilizados tradicionalmente, así como los aspectos anatomofisiológicos del aparato vestibular,

con el fin de formar el criterio terapéutico más acertado y ventajoso para el enfermo.

Este estudio surge de la inquietud de conocer los efectos, en forma comparativa, que producen los fármacos (vasodilatadores) y las maniobras de liberación canalicular en pacientes con vértigo postural paroxístico benigno para determinar cuál es el mejor tratamiento.

El vértigo (del latín *vertiginis*, movimiento circular) es un trastorno del equilibrio que se distingue por una sensación de movimiento rotatorio del cuerpo o de los objetos que lo rodean. Se define como alucinación de movimiento. El mareo (del latín *mar, maris*) es una sensación de malestar general con náusea y vértigo.¹⁻³ El vértigo es la categoría más frecuente de mareo, y el tipo postural paroxístico benigno es el más común de los vértigos.¹³

El aparato vestibular está formado por los conductos semicirculares y los órganos otolíticos (sáculo y utrículo); los primeros son sensores de aceleración angular y los segundos de aceleración lineal.³

El vértigo postural paroxístico benigno lo describió primero Barany en 1921, y se ha señalado como la causa más común de nistagmo posicional en la práctica otorrinolaringológica. Su incidencia es de 10.7 a 64 por cada 100 mil habitantes y la probabilidad de padecerlo se incrementa 38% por cada década de la vida. En 1952 Dix y Hallpike esbozaron las características del nistagmus torsional ipsidireccional provocado por los movimientos de cabeza que ellos ocasionaron en sus pacientes.⁴

Los huesos temporales de sujetos con este trastorno muestran degeneración de la mácula utricular y depósito de material basófilo en la cúpula de la cresta del conducto semicircular posterior; por ello se ha usado el término cupulolitiasis para describir la fisiopatología de este padecimiento. También se ha sugerido que la cresta del conducto semicircular superior, los núcleos vestibulares y la sustancia reticular desempeñan un papel importante en la generación de vértigo postural paroxístico benigno. Las pruebas recientes aluden a que los detritos de otoconias que han sufrido degeneración y se encuentran flotando libremente en la endolinfa son los que estimulan los canales semicirculares (canalitiasis); el canal semicircular posterior es el que se afecta con mayor frecuencia. Se han identificado casos en los que solamente el canal semicircular lateral es el dañado.⁶⁻¹²

Las otoconias humanas miden de 3 a 30 micras de largo y están compuestas de carbonato de calcio con pequeñas cantidades de sodio, magnesio, fósforo, azufre, cloro y potasio. Con el envejecimiento, la capa gelatinosa de la membrana otolítica se reduce, lo que favorece el desprendimiento espontáneo de fragmentos otoconiales que provienen del utrículo o del sáculo.

El vértigo postural paroxístico benigno tiene diversos orígenes, el más frecuente es el idiopático; otras causas son: traumatismos craneoencefálicos, infecciones y cirugía del oído medio –la cual puede ocasionar laberintitis–, trombosis de la arteria vestibular anterior, vejez, trastornos del oído interno –como la enfermedad de Ménière y la neuritis vestibular–, traumatismos cervicales, espondilosis cervical, compresión de la arteria vertebral por osteofitos y enfermedad cerebelosa.³

La cinarizina es un calcioantagonista usado habitualmente en España para el tratamiento del vértigo o de problemas comunes como la enfermedad cerebrovascular crónica. En 1985, aproximadamente 5 al 7% de la población española mayor de 60 años de edad había recibido terapia con cinarizina. En estudios recientes es el fármaco que con mayor frecuencia se ha vinculado con el parkinsonismo.^{5,7}

El tratamiento descrito por Semont en 1988 (maniobra de liberación) consiste en mover rápidamente al paciente de la posición de sentado a decúbito lateral, con el oído afectado hacia abajo, y después moverlo hacia el otro lado, de tal manera que quede el otro oído hacia abajo; por último, se regresa a la posición de sentado.^{9,10,12,13} En algunos centros hospitalarios se realizan estas maniobras de forma rutinaria, aunque en ocasiones las características del paciente no lo permiten, por lo que se prefiere la administración de fármacos o, en el mejor de los casos, técnicas alternativas como la denominada maniobra de 360°.¹¹

FISIOPATOGENIA DEL VÉRTIGO LABERÍNTICO

El sistema vestibular forma parte del sistema general del equilibrio, que se integra fundamentalmente por la información sensorial proveniente del laberinto, los receptores propioceptivos musculotendinosos y la visión.³ El neuroepitelio del utrículo y el sáculo se encuentra

en una región especializada, conocida como mácula. La mácula contiene la membrana otolítica, irregular y compleja, compuesta, en parte, por cristales de carbonato de calcio.^{1,2} La alucinación de movimiento ocurre cuando hay información conflictiva o disarmónica entre uno o varios de estos sistemas. El vestíbulo representa el centro del sentido del equilibrio y está formado por elementos centrales y periféricos; entre estos últimos están los conductos semicirculares, el utrículo, el sáculo y la porción vestibular del VIII par craneal; los componentes de tipo central son los núcleos vestibulares del tallo cerebral, el flóculo cerebeloso y la corteza parietocerebral.¹ Además, tiene conexiones con el cerebelo, los núcleos oculomotores y la vía vestibuloespinal descendente.

La corteza cerebral interpreta la información proveniente del laberinto como el movimiento de la cabeza en una dirección y a una velocidad específica. Los núcleos oculomotores giran los ojos en sentido opuesto para compensar el movimiento, conservando el campo visual, y el sistema propioceptivo puede actuar para soportar el cuerpo en la nueva posición percibida. Cuando una persona se encuentra en reposo, los dos laberintos periféricos tienen un tono (descargas espontáneas) en equilibrio; cuando aumenta o disminuye de uno u otro lado, produce movimientos oculares y sensaciones subjetivas de movimiento. De igual manera, una información anormal de los sistemas visual o propioceptivo altera el sentido del equilibrio, como cuando un niño aprende a andar en bicicleta, o un adulto utiliza lentes bifocales por primera vez.^{2,3} El sistema vestibular tiene la capacidad de reajustarse a diversas condiciones cambiantes o ambientales, como ocurre con los bailarines que efectúan giros intensos al patinar sobre hielo, con los marineros que navegan en aguas turbulentas, o con los pacientes que, después de una laberintectomía unilateral y un periodo inicial de adaptación, pueden trabajar sin desequilibrio ni vértigo.

La maniobra de Dix Hallpike (figura 1) es positiva; cuando el oído afectado se encuentra hacia abajo produce vértigo posicional acompañado de hacia arriba y junto al oído estudiado, que es de tipo horario cuando es del lado izquierdo y antihorario en el derecho. Este tipo de vértigo tiene un periodo de latencia aproximado de dos a cuatro segundos y una duración de 20 a 30 segundos. Se fatiga cuando se repiten las pruebas posicionales y

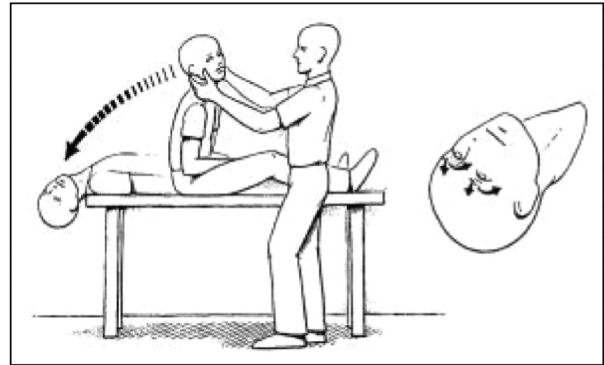


Figura 1. Maniobra de Dix-Hallpike. Se evalúa el nistagmo posicional por afectación del oído derecho; ejemplo del nistagmo posicional típico en el vértigo postural paroxístico benigno derecho.

reaparece en dirección inversa al regresar a la posición sentado, a diferencia del de origen central (vermis cerebeloso), en el que el nistagmo ocurre después de una latencia mayor (más de 50 segundos), con dirección hacia abajo y duración más prolongada. No se acompaña de vértigo y cambia de dirección con las diferentes posiciones de la cabeza.¹

Es posible que las formas de vértigo postural paroxístico benigno manifestadas primordialmente por nistagmo con movimientos verticales u horizontales no representen el síndrome de origen periférico, hecho que habrá de tenerse en cuenta al ofrecer un esquema de tratamiento al paciente. Asimismo, el nistagmo posicional que ocurre sólo con los ojos cerrados no necesariamente es de causa laberíntica; habrá que descartar trastornos del sistema nervioso central.

Cuadro clínico

Para algunos pacientes, los síntomas de vértigo pueden indicar cualquier molestia indolora relacionada con la cabeza, la cual podría ser de origen cerebral, visual, digestivo o vestibular. El vértigo es una alucinación del movimiento del cuerpo del paciente o de su ambiente. La dirección del movimiento es rotatoria o de caída. Se considera que la causa es únicamente vestibular, aunque en raras ocasiones es central.²

La inestabilidad es la pérdida del equilibrio. El paciente señala que tropieza con las cosas o que tiene la sensación de “casi caer”. El origen puede ser cerebral,

cerebeloso, vestibular, de las columnas posteriores o del haz piramidal. Un trastorno laberíntico puro pocas veces ocasiona inestabilidad sin vértigo.^{1,2}

Exploración física

La exploración física del paciente debe ser completa, con especial atención en el fondo de ojo y los oídos: aspecto de las membranas timpánicas, capacidad auditiva, lesión de pares craneales, existencia de soplos en el cuello, frecuencia y ritmos cardiacos, y presión arterial en posición sentada y acostada. Se recomienda valorar la función cerebelosa y el equilibrio mediante pruebas como la de Romberg, en la que el paciente se mantiene erecto con ambos pies juntos, para reducir el elemento propioceptivo.¹⁰ En esta posición se le pide que cierre los ojos para suprimir la información visual. La prueba se considera positiva cuando el sujeto mantiene el equilibrio con los ojos abiertos, pero lo pierde tan pronto los cierra, lo que indica un padecimiento vestibular. Por el contrario, si el individuo es incapaz de guardar el equilibrio con los ojos abiertos o cerrados, la alteración se localiza en el cerebelo o en los aferentes que corren por los cordones posteriores de la médula. La maniobra clínica de Dix-Hallpike (figura 1) es la prueba más fidedigna para realizar el diagnóstico y conocer el avance del tratamiento.^{1,2,13}

Exámenes de laboratorio

Los exámenes que se recomiendan de manera rutinaria son: biometría hemática completa, velocidad de sedimentación globular, química sanguínea (glucosa, urea, creatinina); ante la menor sospecha de diabetes latente o sintomática se hará curva de tolerancia a la glucosa, determinación de colesterol y triglicéridos en sangre, pruebas de función tiroidea (T3, T4, TSH) y VDRL.^{8,10}

Estudios de gabinete

Los que se requieren son: electrocardiograma en caso de hipertensión o afecciones cardiovasculares, evaluación neurootológica (que consiste en estudio audiológico completo y electronistagmografía), valoración radiológica (inicialmente radiografías simples de cráneo en posición de Stenvers, transorbitaria de Guillen y Towne), tomografía computada con inyección de aire en el espacio subaracnoideo (en caso de que se sospeche la

existencia de lesiones retrococleares). La resonancia magnética también permite analizar las estructuras blandas, por lo que tiene una aplicación práctica en neurootología.^{3,9}

Tratamiento médico

Se basa en la administración de sedantes laberínticos, vasodilatadores y derivados de la ergocriptina. En ocasiones se recomienda la fisioterapia, que consiste en precipitar las crisis de vértigo a través de maniobras repetitivas y bilaterales de Dix Hallpike, hasta que el vértigo disminuya y, al cabo de varios días, desaparezca.^{5,7} Las maniobras de liberación y reposición canalicular provocan el desplazamiento de las partículas de carbonato de calcio alojadas en el conducto semicircular posterior hacia el utrículo (figura 2).

Maniobra de Semont

Esta maniobra se basa en la teoría de la cupulolitiasis, y consiste en:

1. El paciente se sienta.
2. La cabeza se rota hacia el oído no afectado y hacia atrás, levantando la punta nasal.
3. El cuerpo se deja caer hacia el lado afectado.

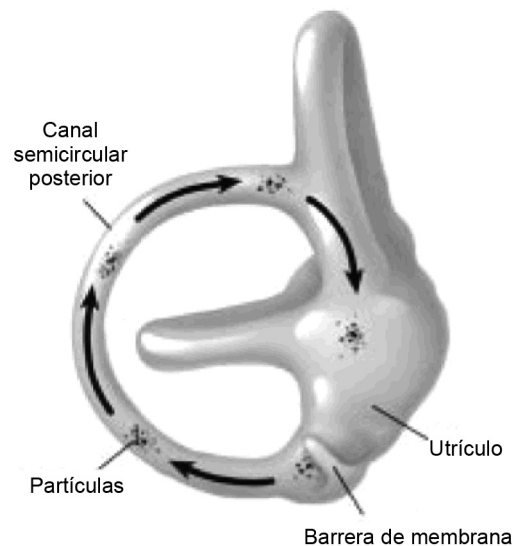


Figura 2. Mecanismo de las maniobras de liberación y reposición canalicular. Éstas transfieren las partículas de carbonato de calcio (otolitos) del canal semicircular posterior al utrículo.

4. Enseguida se desciende la cabeza, bajando así la punta nasal.
5. Se levanta al paciente para hacerlo caer hacia el lado no afectado, manteniendo la misma rotación de la cabeza.
6. Se le ayuda a sentarse. Se dejan transcurrir dos a tres minutos entre cada cambio de posición.^{1,13}

Maniobra de Epley

Se fundamenta en la teoría de la canalolitiasis, y se describe como sigue:

1. Se rota la cabeza del sujeto 45° hacia el lado afectado y se realiza la maniobra de Dix Hallpike.
2. Enseguida se gira hacia el lado opuesto antes de que vuelva a sentarse.
3. Se deja al paciente sentado durante 6 a 13 segundos entre cada posición (figura 3).^{10,13}

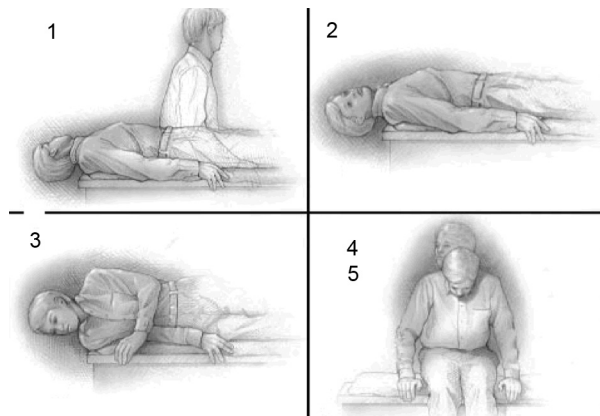


Figura 3. Los cinco pasos del procedimiento de reposición canalicular para el tratamiento del vértigo postural paroxístico benigno del lado izquierdo. Paso 1: mover al paciente de la posición de sentado a la de reclinado. Dejar colgando la cabeza del paciente al final de la mesa con una angulación de 45°. Paso 2: mover la cabeza del paciente hacia el lado opuesto. Paso 3: rotar el cuerpo del sujeto hacia el lado izquierdo. La cabeza se coloca ligeramente angulada, por lo que el paciente mira hacia el piso. Paso 4: regreso a la posición de sentado. Paso 5: colocar la cabeza con la mirada hacia abajo.

Tratamiento quirúrgico

El vértigo postural paroxístico benigno puede ser incapacitante para muchos pacientes, y dificulta el buen desempeño de sus labores domésticas y profesionales. Para ellos, una alternativa terapéutica con baja morbili-

dad es la sección selectiva del nervio ampular posterior a través del oído medio. Este nervio se ubica sobre el margen posteroinferior de la membrana de la ventana redonda, por lo que, en casi 60% de los casos el nervio es quirúrgicamente accesible al cirujano. La oclusión selectiva del canal semicircular posterior, por la vía transmastoides, también ha producido resultados alentadores. En el resto de los pacientes, la sección del nervio vestibular a través de la fosa media o retrolaberíntica elimina el vértigo.¹

Cinarizina

Este fármaco es antihistamínico, antivertiginoso y vasodilatador cerebral; es también un bloqueador de los receptores H1 de la histamina, que tiene efectos depresores del sistema nervioso central y que se usa fundamentalmente como inhibidor de la vasoconstricción periférica y central. Este efecto se debe a su capacidad para bloquear los canales del calcio.

En estudios *in vitro* se ha demostrado que la cinarizina previene el daño celular causado por la sobrecarga de calcio intracelular, inhibe las contracciones del músculo liso vascular y protege las células endoteliales, los eritrocitos y las neuronas cerebrales de las consecuencias de la hipoxia. Ésta podría ser la explicación de la acción de la cinarizina en el tratamiento de la migraña. Se han comprobado efectos depresores vestibulares, antihistamínicos, anticonvulsivos y antiarrítmicos. El papel de la cinarizina en el mejoramiento de las funciones cognitivas es aún controvertido; se requieren más estudios clínicos para dilucidar su utilidad terapéutica real. La absorción oral de la cinarizina es rápida, aunque se describe un importante metabolismo de primer paso hepático. Los estudios destacan que las concentraciones plasmáticas en estado de equilibrio varían considerablemente de un individuo a otro.^{5,7}

Está indicada en alteraciones del equilibrio, síndrome de Ménière, mareos, acúfenos, vértigo, zumbido de oído y cinetosis. La dosis recomendada es de 75 mg a 150 mg/día, dividida en una o dos tomas diarias. Para los trastornos del equilibrio se recomienda un tratamiento sin interrupciones durante varias semanas. Los efectos adversos más frecuentes son, principalmente, somnolencia, seguida por astenia (2%), aumento de peso y trastornos gastrointestinales. Un número considerable

de pacientes ha experimentado depresión psíquica y signos motores extrapiramidales, como parkinsonismo, discinesia tardía orofacial y acatisia, que casi siempre desaparecen cuando se suspende el tratamiento; sin embargo, en algunos individuos sólo se alivian parcialmente y requieren tratamiento antiparkinsoniano.⁵

En ciertos casos debe administrarse con extremo cuidado, como en sujetos con insuficiencia hepática y en ancianos con riesgo o antecedentes de enfermedad extrapiramidal.^{5,7} Está contraindicada en individuos con hipersensibilidad a la cinarizina, y en mujeres embarazadas y lactando.

El propósito fundamental de este trabajo retrospectivo de carácter comparativo fue obtener datos objetivos y claros del efecto de estas dos modalidades terapéuticas ensayadas en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, sin pasar por alto los resultados reportados en la bibliografía mundial.

La hipótesis que sustenta este estudio es que las maniobras de liberación canalicular (Semont) tienen mayor eficacia a corto plazo (cuatro semanas) que los vasodilatadores (cinarizina) en el tratamiento del vértigo postural paroxístico benigno.

MATERIAL Y MÉTODOS

En este estudio retrospectivo, comparativo y observacional se revisaron los expedientes de pacientes con vértigo postural paroxístico benigno (VPPB) que acudieron a la consulta externa del servicio de Otorrinolaringología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, del 1 marzo del 2003 al 28 de febrero del 2007. Se formaron dos grupos: el primero con pacientes con liberación canalicular (Semont) y el segundo con los tratados con cinarizina en dosis de 75 mg cada 24 horas. Después se compararon los resultados de ambos grupos y se elaboraron representaciones gráficas.

Los criterios de inclusión de los pacientes fueron: diagnóstico de vértigo postural paroxístico benigno de primera vez, uni o bilateral, Dix Hallpike positiva después de maniobras de liberación, edad de 30 a 80 años, clínicamente sanos o con enfermedad crónica controlada.

Los criterios de exclusión fueron: vértigo central, enfermedad vestibular orgánica, funcional e infeccio-

sa, edad fuera de rango y vértigo postural paroxístico benigno recidivante y multitratado.

Los pacientes fueron descartados del estudio por las siguientes razones: abandono del tratamiento y de las citas de control, automedicación concomitante, diagnóstico de enfermedad orgánica causante de los síntomas vestibulares, interrupción voluntaria del tratamiento y efectos secundarios o colaterales de la terapéutica utilizada.

RESULTADOS

Los datos obtenidos del análisis de expedientes se registraron en una cédula de recolección individual y después se concentraron por grupo. Finalmente se reunieron los datos de ambos grupos en una sola cédula de recolección.

De los 58 pacientes incluidos en el estudio, 39 eran mujeres y 19 hombres, lo que representa una proporción hombre-mujer de 1:2. El rango de edad fue de 30 a 80 años, con un pico de incidencia entre 50 y 60 años.

Los síntomas mencionados con mayor frecuencia fueron: inestabilidad a la marcha, náusea, cefalea y plenitud aural, que generalmente se exacerbaban en el momento de la crisis de vértigo (figura 4).

Grupo 1

Constituido por 26 pacientes a los que se les realizaron maniobras de liberación canalicular; de ellos, 17 eran

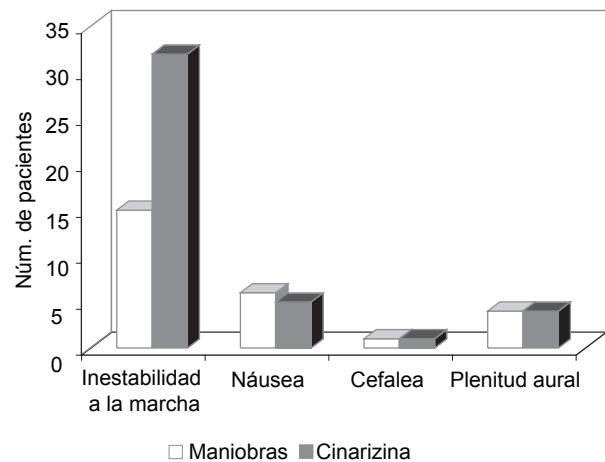


Figura 4. Síntomas del vértigo postural paroxístico benigno. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, 2003 a 2007.

mujeres y 9 hombres. Las maniobras se efectuaron, sin incidentes, en el lado afectado, tomando en cuenta lo observado en la técnica de Dix-Hallpike (15 del lado derecho y 11 del izquierdo). Ningún paciente abandonó el tratamiento.

Los síntomas reportados fueron: inestabilidad a la marcha (15 individuos), náusea (seis), cefalea (uno) y plenitud aural (cuatro). El tiempo de evolución de los síntomas antes de la primera cita fluctuó de una a ocho semanas, con un promedio de tres a cuatro. De los 26 pacientes analizados, uno sufría vértigo incapacitante.

Las maniobras de liberación se realizaron el mismo día en que se obtuvo el diagnóstico de vértigo postural paroxístico benigno. Al terminar se les recomendó permanecer en reposo y no mover bruscamente la cabeza; se les colocó un collarín blando para facilitar la inmovilización de la porción cervical. Tres días después acudieron a su segunda cita, en la que se practicó nuevamente la maniobra de Dix-Hallpike; 15 de ellos obtuvieron una prueba negativa, y 11, positiva. Nuevamente se efectuaron maniobras de liberación canalicular a los 26 enfermos y se les recolocó el collarín blando.

Seis a siete días después asistieron a su tercera consulta; en ella, 21 pacientes tuvieron prueba negativa y en los cinco restantes persistió el nistagmo posicional, aunque con menor intensidad.

Respecto a los síntomas, en la segunda visita 11 pacientes refirieron disminución de la sensación de movimiento rotatorio y 15 desaparición completa de las molestias. Todos los sujetos experimentaron cambios. En la tercera visita 21 personas se encontraban totalmente asintomáticas y sólo en cinco se mantenía la sensación de vértigo, aunque con menor intensidad (figura 5).

El único paciente en quien no remitieron por completo los síntomas fue el que padecía vértigo incapacitante.

No hubo recidivas antes de cuatro semanas.

Grupo 2

En un principio se habían incluido 35 pacientes tratados con 75 mg de cinarizina por vía oral al día, pero tres de ellos no pudieron completar el tratamiento porque sufrieron cefalea. De los 32 expedientes analizados, 20 correspondían a mujeres y 10 a hombres.

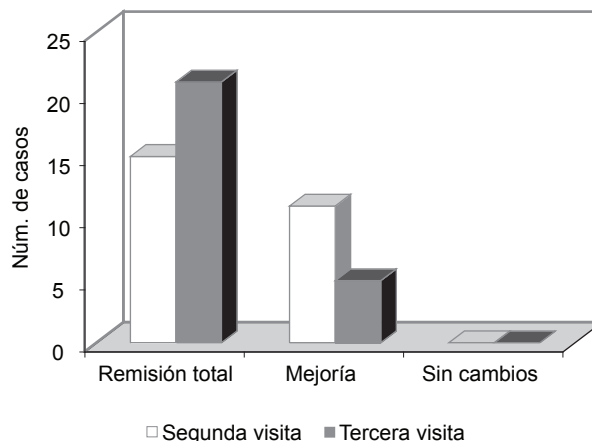


Figura 5. Efecto de las maniobras de liberación en personas con vértigo postural paroxístico benigno. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, 2003 a 2007.

Los síntomas mencionados fueron: inestabilidad a la marcha (32 individuos), náusea (cinco), cefalea (uno) y plenitud aural (figura 4).

El tiempo de evolución de los síntomas antes de su primera visita fue de dos a ocho semanas, con un pico de incidencia de cuatro a cinco semanas.

Seis a ocho días después de iniciar el tratamiento acudieron a la segunda consulta. Del total, 14 no mostraron ningún cambio; 16 mencionaron que disminuyó la intensidad del vértigo y sólo dos experimentaron remisión completa (figura 6).

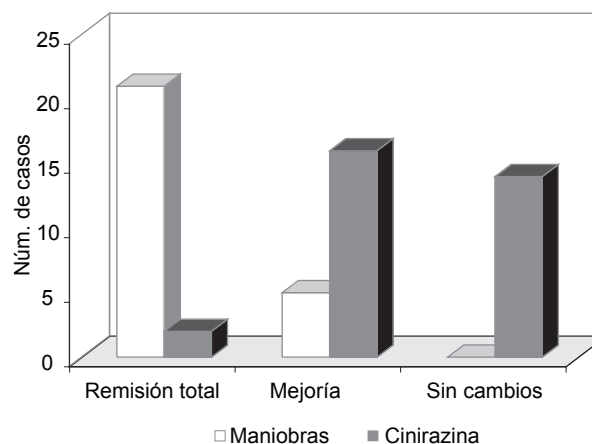


Figura 6. Efecto de la cinarizina en personas con vértigo postural paroxístico benigno. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, 2003 a 2007.

De los 18 pacientes que evolucionaron favorablemente, cuatro sufrieron recidiva de alucinación de movimiento antes de cuatro semanas.

DISCUSIÓN

En este estudio retrospectivo se compararon dos grupos de pacientes diagnosticados con vértigo postural paroxístico benigno; uno formado por pacientes con maniobras de liberación canalicular, y otro por los tratados con 75 mg de cinarizina por vía oral al día.

No era el objetivo del estudio hacer comparaciones de género o por grupos de edad; por tal motivo no se llevaron a cabo análisis específicos en estos rubros, aunque los resultados fueron compatibles con lo asentado en la bibliografía mundial, es decir, que este padecimiento es más frecuente en mujeres entre la quinta y sexta décadas de la vida.^{4,11}

Uno de los inconvenientes encontrados fue que en el grupo tratado con cinarizina no se había hecho el diagnóstico mediante la prueba clínica de Dix-Hallpike que, según la bibliografía mundial, es de primordial importancia en la identificación del padecimiento.¹³ El diagnóstico se hizo con la semiología de los síntomas, sin tomar en cuenta signos como el nistagmo torsional, que sin duda tiene un alto valor. Esto resta certeza al diagnóstico y, por consiguiente, a la respuesta al tratamiento.

De acuerdo con los datos reportados en la bibliografía, se logra una erradicación mayor del 50% de los síntomas del vértigo postural paroxístico benigno con las maniobras de liberación o reposición canalicular,^{11,13} en comparación con 81% que se observó en los pacientes tratados con maniobras de Semont en este estudio. Es importante recalcar que a estos pacientes se les colocó un collarín blando durante el tratamiento (por una semana) y se les indicó reposo. En este mismo grupo 19% refirió alivio, pero no desaparición de los síntomas al final del manejo.

Los resultados obtenidos permiten responder a las interrogantes que condujeron al diseño y realización de la investigación.

CONCLUSIONES

La maniobra de Dix-Hallpike es una forma práctica y sencilla de diagnosticar vértigo postural paroxístico

benigno en el consultorio. La maniobra de liberación canalicular (Semont) no representa ningún riesgo para el paciente, siempre que se realice de manera adecuada.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos estudiados respecto a los síntomas de vértigo referidos, aunque se determinó que el más frecuente fue la inestabilidad a la marcha.

La diferencia significativa en este estudio radicó en los porcentajes de remisión total antes de la primera semana entre el grupo de pacientes tratados con maniobras de liberación canalicular (81%) y el grupo que recibió cinarizina (6%).

No fue posible comparar la respuesta a la maniobra de Dix-Hallpike porque no se realizó en el grupo control, y sólo se tomaron en cuenta los síntomas para dilucidar el diagnóstico.

En el grupo tratado con maniobras de liberación, el porcentaje de alivio de los síntomas fue de 81, en comparación con el 50% reportado en la bibliografía mundial.¹³

No se observó ninguno de los efectos secundarios de la cinarizina reportados en la bibliografía mundial, como el síndrome extrapiramidal y el blefaroespasmio,^{5,7} aunque en tres pacientes tratados con este vasodilatador la cefalea intensa fue motivo suficiente para suspender el medicamento y buscar otras opciones.

La hipótesis fundamental que justifica este estudio, según la cual las maniobras de liberación canalicular para tratar el vértigo postural paroxístico benigno producen mejores resultados a corto plazo (una semana) que la administración de cinarizina, pudo comprobarse con los datos obtenidos.

El grupo tratado con maniobra de Semont no sufrió recidivas durante las cuatro semanas siguientes, a diferencia de los pacientes que recibieron cinarizina, que experimentaron 20% de recidivas antes de las cuatro semanas.

El vértigo postural paroxístico benigno es un reto médico que requiere el conocimiento de bases anatómicas, fisiopatológicas y metodológicas diagnósticas para determinar cuál es el mejor tratamiento, que no necesariamente debe ser farmacológico.

REFERENCIAS

1. Lee KJ. Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. 7ª ed. México: McGraw-Hill, 2002;pp:100-2.
2. Bailey B. Head and neck surgery otolaryngology. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001;pp:1986-8.
3. Escajadillo JR. Oído, nariz, garganta y cirugía de cabeza y cuello. 2ª ed. México: El Manual Moderno, 2002;pp:123-5.
4. White J. Canalith repositioning for benign paroximal positional vertigo. Otol Neurotol 2005;26:704-10.
5. Alonso-Navarro H. Cinarizine: tardive blepharospasm: case report. Reactions Weekly 2006;115:11.
6. Libonati GA. Nystagmus while recumbent in horizontal canal benign paroxysmal positional vertigo. Neurology 2006;67:1723-4.
7. Alonso-Navarro H. Tardive blepharospasm associated with cinarizine use. Clin Neuropharmacol 2006;24:187-9.
8. Oas JG. Diagnosis and management of lateral semicircular canal conversions during particle repositioning therapy. Laryngoscope 2005;115:120-4.
9. Cirek Z. Positional vertigo. Prague: Charles University, 2004:104.
10. Prokopakis E. Benign paroxysmal positional vertigo: 10 year experience in treating 592 patients with canalith repositioning procedure. Laryngoscope 2005;115:1667-71.
11. Li J. The 360-degree maneuver for treatment of benign positional vertigo. Otol Neurotol 2006;27:71-7.
12. Appiani G. Repositioning maneuver for the treatment of the apogeotropic variant of horizontal canal benign paroxysmal positional vertigo. Otol Neurotol 2005;26:257-60.
13. Froehling DA, Bowen JM, Silverstein MD. The canalith repositioning procedure for the treatment of benign paroxysmal positional vertigo: A randomized controlled trial. Mayo Clin Proc 2000;75:695-70.

Fe de erratas de Rev Esp Med Quir 2008;13(1)

Página	Dice	Debe decir
Portada	Indizada en: ...-UANM	-UNAM
Portadilla	Indizada en: ...-UANM	-UNAM
	Hospital Regional Tacuba	Hospital General Tacuba
	Hospital Regional Fernando Quiroz, ISSTE	Hospital General Fernando Quiroz, ISSSTE
Convocatoria 1 ^{er} Premio	1 ^{er} Premio Nacional	Premio Nacional
	Premio en efectivo 1er lugar \$30 000 2º lugar \$20 000 3er lugar \$10 000	Premio en efectivo 1er lugar \$25 000.00 2º lugar \$15 000.00 3er lugar \$10 000.00
1, Editorial, primera columna, segundo párrafo, tercera línea	Frakfurt	Frankfurt
13, primera columna, primer párrafo, cuarta línea	De la ILAE	De la International League Against Epilepsy (ILAE)